

SKJEMA FOR RETTIGHETSKLAGE

Fyll ut dette skjemaet for å klage hvis du mener dine rettigheter som sykehuspasient ikke er i tråd med punktene som er listet under «Hva ønsker du å klage på».

Personopplysninger			
Fornavn	Etternavn	Fødselsnummer (11 siffer)	Telefonnummer
Eventuelt tidligere navn (<i>valgfritt</i>)			
Fornavn		Etternavn	
Adresse	Postnummer	Poststed	
Hva ønsker du å klage på?			

Hvilken avdeling gjelder klagen?

Hva gjelder din klage?

- Jeg har fått avslag på utredning/behandling
- Jeg har ikke fått time innen lovfestet tidspunkt
- Jeg har ikke fått avtalt/lovet informasjon fra sykehuset
- Jeg har ikke fått avtalt/lovet oppfølging fra sykehuset

Gi en kort beskrivelse av det du klager på