



Klage fra Færøerne

Klage over behandling eller aktindsigt i sundhedsvæsenet

1. Navn, adresse mv.

Patientens navn	P-tal og/eller CPR-nr.
Adresse	Tlf. privat
Postnr./by	Tlf. arbejde
E-mail-adresse	

Hvis patienten ikke selv ønsker/kan stå for kontakten til Styrelsen for Patientsikkerhed, bedes du udfylde punkt 9 i dette skema.

2. Klagemuligheder.

<input type="checkbox"/> A Klage over undersøgelse, behandling mv.
<input type="checkbox"/> B Klage over aktindsigt

Punkt 3., 4. og 5. skal kun udfyldes hvis du har valgt A ovenfor.

3. Hvor og hvornår fandt den behandling sted, som du ønsker at klage over?

Sted (f.eks. sygehus og afdeling, kommunelæge, lægehus, klinik)	Dag/periode (dato, måned, år)
---	-------------------------------

4. Hvornår og hvordan fik du mistanke om, at du muligvis har været udsat for fejlbehandling?

--

5. Hvad ønsker du nærmere at klage over? Herunder hvilke fejl mener du, at der er begået?

Du kan eventuelt uddybe dette punkt på et selvstændigt ark, som vedlægges dette skema.

Punkt 6. og 7. skal kun udfyldes hvis du har valgt B ovenfor.

6. Hvor og hvornår er dine rettigheder vedrørende aktindsigt blevet tilsidesat?

Sted (f.eks. sygehus og afdeling, kommunelæge, lægehus, klinik)	Dag/periode (dato, måned, år)
---	-------------------------------

7. Hvilken fejl mener du, der er begået vedrørende aktindsigt? Hvorfor er du uenig i en evt. afgørelse?

Du kan eventuelt uddybe dette punkt på et selvstændigt ark, som vedlægges dette skema.

8. Patientens underskrift.

Dato	Underskrift
------	-------------

Punkt 9 udfyldes KUN, hvis du klager på en andens vegne.

9. Fuldmagt.

(Patientens navn) giver hermed (indsæt navn på den, som fuldmagten gives til)	
fuldmagt til på mine vegne at klage til Styrelsen for Patientsikkerhed i henhold til det i dette skema anførte.	
Dato	Underskrift (patientens)

Klagers navn	
Adresse	Tlf. privat
Postnr./By	Tlf. arbejde
E-mail-adresse	
Hvis du klager over behandlingen af en patient, som nu er død, bedes du oplyse, hvilken relation du havde til patienten.	
Dato	Klagers underskrift

Bemærk venligst, at du med din underskrift af klagen giver Styrelsen for Patientsikkerhed tilladelse til at behandle klagen, herunder samtykke til at indhente og videregive oplysninger om patientens helbredsforhold, f.eks. kopi af journaler, røntgenbilleder og lægeerklæringer til brug for behandling af klagen. Videregivelse af oplysninger kan ske til implicerede myndigheder, sygehuse, sundhedspersoner mv. eller andre med retlig interesse.

Ved din underskrift giver du endvidere samtykke til, at de indklagede sundhedspersoner og/eller disses eventuelle arbejdsgivere kan videregive relevante oplysninger vedrørende klagen til Styrelsen for Patientsikkerhed.

Styrelsen for Patientsikkerhed
Finsensvej 15, 2000 Frederiksberg
Tlf. 72 28 66 00
pob@patientombuddet.dk,
www.patientombuddet.dk