

**Synpunkter till Patientnämndens kansli****Patientens uppgift**

Förnamn

Efternamn

Personnummer

Gatuadress

Postadress

Ort

Telefon

Mobilnummer

E-postadress

Namn på vårdinrättning/Verksamhetsnamn

Datum

Namnteckning

**Om annan än patienten skriver**

Förnamn

Efternamn

Personnummer

Gatuadress

Postadress

Ort

Telefon

Mobilnummer

E-postadress

Namn på vårdinrättning/ Verksamhetsnamn

Datum

Namnteckning

Handläggare som du har varit i kontakt med

Varför tar du kontakt? Vad är huvudproblemet?

Bakgrund, en kort sammanfattning av historiken

Vilka frågor vill du ha svar på?

Ditt förslag till åtgärder utifrån de uppgifter du lämnat.

Redogörelse kan fortsätta på separat bilaga

Skicka blanketten till:

Patientnämndens kansli  
Region Östergötland  
581 85 Linköping

