

### Mina synpunkter/klagomål riktar sig mot

Verksamhet/klinik och sjukhus
När ungefär inträffade händelsen

### Patient (den person som klagomålet gäller)

Förnamn	Efternamn	Personnummer (obligatoriskt)
Adress	Postadress	
Telefon bostad (även riktnummer)	Telefon arbete (även riktnummer)	
Mobil	Epost	

### Anmälare (om annan än patienten)

Om patienten är myndig bör fullmakt bifogas för att patientnämndens kansli ska kunna hantera ärendet. Om patienten är ett barn från 13 år rekommenderas att även barnet skriver under denna blankett. Särskild blankett för fullmakt i ärende hos patientnämnden finns på webbsidan, [www.regionsormland.se/patientnamnden](http://www.regionsormland.se/patientnamnden).

Förnamn	Efternamn		
Adress	Postadress		
Telefon (även riktnummer)	Epost	Mobil	
Mitt släktskap/Min relation till patienten			

För att kunna handlägga ett klagomålsärende behöver patientnämnden behandla personuppgifter. Dessa kan vara namn, kontaktuppgifter och uppgifter om hälso- och sjukvård. Den lagliga grunden för patientnämndens behandling av personuppgifter enligt dataskyddsförordningen (GDPR) är allmänt intresse eller rättslig förpliktelse. På [regionsormland.se](http://regionsormland.se) finns mer information om behandling av personuppgifter i Region Sörmland. Sekretess gäller inom såväl vården som patientnämnden. Lagen kräver att den person som klagomålet gäller ger sitt samtycke till att hans/hennes personuppgifter behandlas av patientnämnden. För omyndig person gäller samtycke från vårdnadshavare.

***Jag, som är den person som klagomålet gäller, samtycker till att patientnämnden behandlar de uppgifter som lämnats på denna blankett och eventuella bilagor.***

### Underskrift och datum

Egenhändig namnteckning patient, eventuell anmälare, datum

**Vänd för att beskriva dina synpunkter/klagomål**

### Mina synpunkter/klagomål

**Beskriv den händelse som är orsaken till din kontakt:**

**Frågor som du vill ha svar på:**

**Skicka dina synpunkter till:**

Region Sörmland  
Patientnämndens kansli  
611 88 NYKÖPING

Fylls i av handläggare på patientnämnden

Diarienummer	Handläggare
--------------	-------------