

## SYNPUNKTER/ KLAGOMÅL/ FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

Patientens namn:	
Patientens personnummer:	
Beskriv din synpunkt/ditt klagomål:	
Datum för inträffad händelse:	
Förslag till åtgärd/förbättringsförslag:	
Vill patienten bli kontaktad? Om ja – på vilket sätt?	JA                      NEJ
Om kontakt önskas med specifik person, ange vem:	
Ort och datum:	
Underskrift patient:	
Mottagare och Datum / Näsets Läkargrupp	

*Blanketten skickas till Agneta Roswall, Falsterbovägen 79B, 236 51 Höllviken alt lämnas direkt i någon av våra mottagningsreceptioner.*

***Notera att blanketten inte får skickas med e-post.***