



**Mikkelin kaupunki**  
Sosiaali- ja terveystalvelut  
Kirjaamo  
PL 33, 50101 Mikkeli

**Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun  
lain mukainen MUISTUTUS**

Vastaanotettu, pvm	Vastaanottaja

<b>ASIAKKAAN HENKILÖ- TIEDOT</b>	Sukunimi, etunimet (puhuttelunimi alleviivataan)	Henkilötunnus
	Osoite	
	Postinumero ja -toimipaikka	Puhelin
	Alaikäisen huoltaja/edunvalvoja ja hänen osoitteensa	

<b>MUISTUTUKSEN TEKIJÄ (jos muu kuin asiakas)</b>	Nimi	
	Osoite	
	Postinumero ja -toimipaikka	Puhelin

<b>MUISTUTUKSEN KOHDE</b>	Toimintayksikkö	
	Tapahtuma-aika	
	Ketä/mitä muistutus koskee (esim. nimi ja virka-asema)	

<b>TAPAHTUMAN KUVAUS</b> (tarvittaessa eri liitteellä)  <input type="checkbox"/> ks. liite	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<b>MUISTUTUKSEN AIHE</b>	Mistä asiasta halutaan muistuttaa?

<b>VAATIMUKSET ASIAN SUHTEEN</b>	Ehdotukset asiantilan korjaamiseksi

<b>PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUS</b>	
-------------------------------------	--

<b>ASIAKKAAN SUOSTUMUS JA PÄIVÄYS</b>	Suostun siihen, että terveydenhuollon viranomainen tai muu terveystalouden järjestäjä sekä sosiaalihuollon viranomaiset saavat antaa ne asiakkuuttani koskevat tiedot, jotka ovat tarpeen tämän muistutuksen selvittämistä varten sen estämättä, mitä asiakirjasalaisuudesta ja vaitiolovelvollisuudesta on säädetty. Samalla suostun siihen, että muistutusasiakirjat ja vastaus voidaan antaa tiedoksi potilasasiamiehelle.
	Päiväys
	Asiakkaan allekirjoitus