

Muistutus toimitetaan toimintayksikön esimiehelle tai tehtäväalueen päällikölle

ASIAKKAAN HENKILÖ- TIEDOT	Sukunimi, etunimet (puhuttelunimi alleiviivataan)	Henkilötunnus
	Osoite	
	Postinumero ja –toimipaikka	Puhelin
	Alaikäisen huoltaja/edunvalvoja ja hänen osoitteensa	

MUISTUTUKSEN TEKIJÄ (jos muu kuin asiakas)	Nimi	
	Osoite	
	Postinumero ja –toimipaikka	Puhelin

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

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

MUISTUTUKSEN AIHE	Mistä asiasta halutaan muistuttaa?

VAATIMUKSET ASIAN SUHTEEN	Ehdotukset asiantilan korjaamiseksi.

PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUS	_____
-------------------------------------	-------

ASIAKKAAN SUOSTUMUS JA PÄIVÄYS	<p>Suostun siihen, että terveydenhuollon viranomainen tai muu terveyspalvelun järjestäjä sekä sosiaalihuollon viranomaiset saavat antaa ne asiakkuuttani koskevat tiedot, jotka ovat tarpeen tämän muistutuksen selvittämistä varten sen estämättä, mitä asiakirjasalaisuudesta ja vaihtolovelvollisuudesta on säädetty.</p> <p>_____</p> <p>Päiväys Asiakkaan allekirjoitus</p>
---	---

MUISTUTUKSEN PERUSTEELLA ANNETTU VASTAUS (tarvittaessa eri liitteellä) ks. liite

VASTAUKSEN ANTAJA	Nimi	Virka-asema
VASTAUS PERUSTE- LUINEEN sekä MUISTUTUKSEN JOHDOSTA TEHDYT TOIMENPITEET		

PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUS	_____
-------------------------------------	-------

Muistutuksen johdosta annettuun vastaukseen ei saa hakea muutosta valittamalla.

VASTAUS ANNETTU	Päivämäärä
<input type="checkbox"/> asiakkaalle / muistutuksen tekijälle	