

Klageformular



Navn:	CPR:
Adresse:	By/Postnummer:
E-mail:	Telefon:

Husk: Hvis du klager på en andens vegne, skal den person, som du klager for, give dig en **fuldmagt**. Fuldmagten findes på peqqik.gl/klager eller udleveres på dit lokale sundhedscenter eller sygehus.

Hvor skete det, som du klager over? (Regionssygehus/Sundhedscenter)
Vedkommende, som du klager over (Navn(e) og titel):
Hvornår skete det, som du klager over? (Dato/Periode):
Hvad ønsker du at klage over? <input type="checkbox"/> Kommunikation <input type="checkbox"/> Information <input type="checkbox"/> Ventetid <input type="checkbox"/> Undersøgelse <input type="checkbox"/> Behandling <input type="checkbox"/> Andet
Hvornår blev du bekendt med fejlen (Dato/Årstal)?
Beskriv kort dit forløb (uddyb evt. på bilag, se næste side):

Underskrift: Dato: _____ **Underskrift:** _____

Vi vil i forbindelse med behandlingen af din klage ofte have behov for at indhente og videregive oplysninger om dine helbredsforhold. Vi skal derfor bede om din tilladelse hertil (De personer, som vi indhenter oplysninger fra eller videregiver oplysninger til, har alle tavshedspligt):

Jeg giver hermed samtykke til, at Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse /Landslægeembedet kan indhente og videregive de oplysninger om mine helbredsmaessige forhold, som er nødvendige for klagens behandling. Jeg kan når som helst tilbagekalde mit samtykke ved at give Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse/Landslægeembedet skriftlig besked herom.

Dato: _____ **Underskrift:** _____

Sendes til:

Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse– Sundhedsledelsen: sundhedsledelsen@peqqik.gl Box 1001 3900 Nuuk,

eller Landslægeembedet: nun@nanoq.gl eller Postbox 120, 3900 Nuuk



