

**Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain mukainen  
MUISTUTUS**

**Etelä-Savon sosiaali- ja  
terveyspalvelujen ky  
Kirjaamo  
Porrassalmenkatu 35-37  
50100 Mikkeli**

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