

Klage over behandling i Brørup Lægehus

1. Navn, adresse mv.

Patientens navn	CPR-nr.
Adresse	Tlf. privat
Postnr./by	Tlf. arbejde
E-mail-adresse	

2. Hvor og hvornår fandt den behandling sted, som du ønsker at klage over?

Sted (lægehus, hjemme)	Dag/periode (dato, måned, år)
------------------------	-------------------------------

3. Hvornår og hvordan fik du mistanke om, at du muligvis har været udsat for fejlbehandling?

--

4. Hvad ønsker du nærmere at klage over? Herunder hvilke fejl mener du, at der er begået?

Du kan eventuelt uddybe dette punkt på et selvstændigt ark, som vedlægges dette skema.

--

5. Ønsker du en dialog med Lægehuset? (Sæt kryds)**Du er uanset berettiget til at klage til Regionen og/eller Patientombuddet.** **Ja tak** Jeg ønsker dialog med Lægehuset. Du vil så blive kontaktet med henblik på et møde. **Nej tak** Jeg ønsker ikke en dialog med Lægehuset**6. Patientens underskrift**

Dato	Underskrift
------	-------------

Punkt 7 udfyldes KUN, hvis du klager på en andens vegne**7. Fuldmagt**

Undertegnede (patienten) giver hermed (indsæt navn på den, som fuldmagten gives til)

fuldmagt til på mine vegne at klage til Lægehuset i henhold til det i dette skema anførte.

Dato _____ Underskrift (patientens) _____

Klagers navn	
Adresse	Tlf. privat
Postnr./By	Tlf. arbejde
E-mail-adresse	
Hvis du klager over behandlingen af en patient, som nu er død, bedes du oplyse, hvilken relation du havde til patienten.	
Dato	Klagers underskrift

Bemærk venligst, at du med din underskrift af klagen giver Lægehuset tilladelse til at behandle klagen, herunder samtykke til at indhente og videregive oplysninger om patientens helbredsforhold, f.eks. kopi af journaler, røntgenbilleder og lægeerklæringer til brug for behandling af klagen. Videregivelse af oplysninger kan ske til den eller de personer, der klager på dine vegne.

Du er også berettiget til at fremsætte klagen til Region Syddanmark (<http://www.regionsyddanmark.dk/wm297074>) eller Patientombuddet (<http://www.patientombuddet.dk>).