**Synpunkter till Patientnämndens kansli**

**Patientens personuppgifter**

Förnamn Efternamn Personnummer

Gatuadress Postadress Ort

Telefon Mobilnummer E-postadress

Datum Namnteckning

**Om annan än patienten skriver**

Relation till patienten

Förnamn Efternamn

Gatuadress Postadress Ort

Telefon Mobilnummer E-postadress

Datum Namnteckning

**Namn på vårdinrättning/ Verksamhetsnamn**

Handläggare som du har varit i kontakt med

Varför tar du kontakt? Vad är huvudproblemet?

Bakgrund, en kort sammanfattning av historiken

Vilka frågor vill du ha svar på?

Ditt förslag till åtgärder utifrån de uppgifter du lämnat.

Redogörelse kan fortsätta på separat bilaga

Skicka blanketten till:

Patientnämndens kansli
Region Östergötland
581 85 Linköping