

Saapumispäivämäärä – Ankomstdatum

**Henkilö, jonka hoitoa tai kohtelua muistutus koskee –
Den person anmärkningen om vården eller bemötandet gäller**

Nimi ja henkilötunnus - Namn och personbeteckning

Osoite ja puhelinnumero - Adress och telefonnummer

**Muistutuksen aihe (tarvittaessa erillisellä liitteellä) –
Orsaken till anmärkningen (använd vid behov särskild bilaga)**

**Mitä tapahtunut, missä ja milloin (tarvittaessa erillisellä liitteellä) –
Vad har hänt, var och när (använd vid behov särskild bilaga)**

**Millaisia toimenpiteitä toivot yksiköltä? –
Vilka åtgärder önskar du av enheten?**

**Muistutuksen tekijän allekirjoitus ja yhteystiedot –
Underskrift och kontaktuppgifter av den som framställer anmärkningen**

Pvm. - Datum

Allekirjoitus ja nimenselvennys -
Underskrift och namnförtydligande

Osoite ja puhelinnumero -
Adress och telefonnummer

Muistutus lähetetään osoitteeseen:
Orton Oy, Tenholantie 10, 00280 Helsinki

Anmärkningen sänds till:
Orton Oy, Tenalavägen 10, 00280 Helsingfors.

Muistutuksen johdosta annettuun ratkaisuun ei saa hakea muutosta valittamalla (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 15 §, Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 23 §). Muistutus ei estä muiden oikaisukeinojen käyttämistä.

Ändring kan inte sökas genom besvär i ett avgörande som gjorts p.g.a. en anmärkning (15 § i lagen om patientens ställning och rättigheter och 23 § i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården). En anmärkning hindrar inte att andra former av ändringssökande används.