

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 -<br>Underskrift och namnförtydligande | Osoite ja puhelinnumero -<br>Adress och telefonnummer |
|--------------|--|---|

**Muistutus lähetetään osoitteeseen:**

Postitse: Potilasyhteyshenkilö, Orton Oy, Tenholantie 10, 00280  
Helsinki Turvasähköpostitse: <https://www.turvaposti.fi/viesti/potilasasiat@orton.fi>

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.

**Anmärkningen sänds till:**

Via post: Patientkontaktperson, Orton Oy, Tenalavägen 10, 00280 Helsingfors.  
Via skyddad e-post: <https://www.turvaposti.fi/viesti/potilasasiat@orton.fi>

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