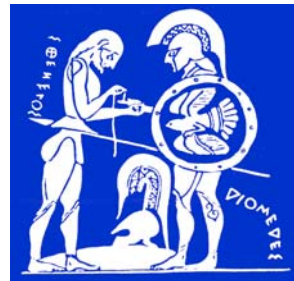


# Sundhedsvæsenets Patientklagenævn



## Klageskema

(Udfyld venligst med blokbogstaver, skemaet kan også udfyldes via [www.pkn.dk](http://www.pkn.dk))

### 1. Navn, adresse mv.

Patientens navn		
Adresse		Postnr./ By
Cpr.nr.	Tlf. privat	Tlf. arbejde
Husk at udfylde pkt. 7. Hvis patienten ikke selv ønsker/kan stå for kontakten til Patientklagenævnet, bedes De udfylde pkt. 7.		

### 2. Hvor og hvornår fandt den hændelse sted, som De ønsker at klage over?

Sted (F.eks. sygehus, afdeling, praktiserende læge, vagtlæge, speciallæge)	Dato/periode
_____	_____
_____	_____

### 3. Hvorfor blev De/patienten oprindeligt indlagt/behandlet?

_____
_____
_____

### 4. Hvilken hændelse/person i sundhedsvæsenet ønsker De at klage over? Herunder, hvilke fejl mener De, at der blev begået?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

De kan eventuelt uddybe Deres klage på et selvstændigt ark, som vedlægges dette skema. De er velkommen til at vedlægge bilag f.eks. journal kopi til yderligere belysning af Deres klage. De kan evt. henvende Dem til en patientvejleder i Deres region, hvis De ønsker hjælp til udfyldelse af skemaet.

5. Hos hvilke læger, sygehuse og lignende kan Patientklagenævnet få øvrige oplysninger til brug for oplysningen og behandlingen af Deres klage (angiv så vidt muligt adresser)?


Bemærk venligst, at når De underskriver klagen, giver De Patientklagenævnet tilladelse til at behandle klagen. Behandlingen af klagen kan bl.a. indebære, at Patientklagenævnet indhenter og videregiver oplysninger om Deres/patientens helbredsforhold f.eks. kopi af journaler, røntgenbilleder og lægeerklæringer til brug for behandling af klagen. Videregivelse af oplysninger kan ske til implicerede myndigheder, sygehuse, sundhedspersoner m.v. eller andre med retlig interesse.

Ved Deres underskrift giver De endvidere samtykke til, at de indklagede sundhedspersoner og/eller disses eventuelle arbejdsgivere samt de under pkt. 5 angivne personer kan videregive relevante oplysninger vedrørende klagen til Embedslægeinstitutionen og Patientklagenævnet.

6. Patientens underskrift

Dato	Patientens underskrift
------	------------------------

Pkt. 7 udfyldes kun, hvis De klager på en andens vegne:

7. Fuldmagt

Undertegnede giver hermed _____ fuldmagt til på mine vegne at klage til Patientklagenævnet over den/de hændelser/personer, som er nævnt i dette skema.	
Dato	Underskrift

Klagers navn	
Adresse	Postnr./By
Tlf. privat	Tlf. arbejde
Dato	Klagers underskrift
Hvis De klager over behandlingen af en patient, som nu er død, bedes De angive, hvilken relation De havde til patienten:	