



Region Syddanmark
Praksisafdelingen
Damhaven 12
7100 Vejle

Praksisafdelingen
Mail: kontakt@rsyd.dk
Direkte tlf. 76 63 10 00
Klageformular
Side 1 af 2

KLAGEFORMULAR.

Klageformular vedrørende behandling af **serviceklage over lægevagten, praktiserende læge eller praktiserende speciallæge.** (Eksempelvis opførsel, ventetid og lignende.)

Serviceklager skal indbringes for Samarbejdsudvalget **inden 6 uger** efter hændelsen, der giver anledning til klagen, jf. Landsoverenskomsten § 59, stk. 4.

Klager over lægens faglige undersøgelse eller behandling skal indgives til **Styrelsen for Patientsikkerhed, Finsensvej 15, 2000 Frederiksberg.** Klageskema og vejledning kan findes på www.patientombuddet.dk

Undertegnede:

Patientens fulde navn:	
CPR-nummer:	
Adresse:	
Postnummer og by:	
Telefonnummer:	
Mail:	

Ønsker at klage over:

Lægevagten: (sæt X)	<input type="checkbox"/>	Almen praktiserende læge: (sæt X)	<input type="checkbox"/>	Praktiserende speciallæge: (sæt X)	<input type="checkbox"/>
Læges navn:					
Adresse:					
Post nummer og by:					
Dato og gerne tidspunkt for hændelsen:					

Beskriv klagen: (eventuelt på separat notat)

Du er velkommen til at udfylde formularen elektronisk, dog bedes du udskrive og underskrive denne. Klageformularen indsendes i udfyldt stand med underskrift enten til **Region Syddanmark, att.: Sekretariatet for Samarbejdsudvalget, Praksisafdelingen, Damhaven 12, 7100 Vejle** eller elektronisk på **kontakt@rsyd.dk**

Ved min underskrift giver jeg samtykke til, at Praksisafdelingen til brug for behandlingen af min klage, indhenter udtalelse samt journalmateriale m.v. fra den sundhedsperson jeg klager over samt fra eventuelle andre relevante behandlere.

Dato

Underskrift (klager)

Fuldmagten skal udfyldes, hvis du klager på vegne af en anden:

Fuldmagt:

Undertegnede giver hermed _____ fuldmagt til på mine vegne at klage over den sundhedsperson, der er nævnt i denne klageformular.

Dato

Underskrift

Fuldmagtshaveren bedes udfylde:

Navn: _____

Adresse: _____

Post nr. _____ By: _____

Telefon: _____ Underskrift: _____