

**Muistutus toimitetaan osoitteella Kuopion kaupunki, Kirjaamo
Perusturva ja terveydenhuolto, PL 227 70101 Kuopio**

ASIAKKAAN HENKILÖ- TIEDOT	Sukunimi, etunimet (puhuttelunimi alleviivataan)	Henkilötunnus
	Osoite	
	Postinumero ja –toimipaikka	Puhelin
	Alaikäisen huoltaja/edunvalvoja ja hänen osoitteensa	

MUISTUTUKSEN TEKIJÄ (jos muu kuin asiakas)	Nimi	
	Osoite	
	Postinumero ja –toimipaikka	Puhelin

MUISTUTUKSEN KOHDE	Toimintayksikkö	
	Tapahtuma-aika	
	Ketä/mitä muistutus koskee (esim. nimi ja virka-asema)	

TAPAHTUMAN Kuvaus (tarvittaessa eri liitteellä)	

ks. liite

MUISTUTUKSEN AIHE	Mistä asiasta halutaan muistuttaa?

ks. liite

VAATIMUKSET ASIAN SUHTEEN <input type="checkbox"/> ks. liite	Ehdotukset asiantilan korjaamiseksi.

Haluan, että muistutus annetaan tiedoksi sosiaaliasiamiehelle <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
--	--

PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUS _____	
--	--

ASIAKKAAN SUOSTUMUS JA PÄIVÄYS	Suostun siihen, että terveydenhuollon viranomainen tai muu terveystalouden järjestäjä sekä sosiaalihuollon viranomaiset saavat antaa ne asiakkuuttani koskevat tiedot, jotka ovat tarpeen tämän muistutuksen selvittämistä varten sen estämättä, mitä asiakirjasalaisuudesta ja vaihtolovelvollisuudesta on säädetty. Päiväys _____ Asiakkaan allekirjoitus _____
---------------------------------------	--

MUISTUTUKSEN PERUSTEELLA ANNETTU VASTAUS (tarvittaessa eri liitteellä) ks. liite

VASTAUksen ANTAJA	Nimi _____	Virka-asema _____
VASTAUS PERUSTE- LUINEEN sekä MUISTUTUKSEN JOHDOSTA TEHDYT TOIMENPITEET		

PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUS _____	
--	--

Muistutuksen johdosta annettuun vastaukseen ei saa hakea muutosta valittamalla.

VASTAUS ANNETTU <input type="checkbox"/> asiakkaalle / muistutuksen tekijälle <input type="checkbox"/> sosiaaliasiamiehelle	Päivämäärä _____
--	--------------------------------