Sortland kommune

KLAGE HELSE OG OMSORG

Skjemaet sendes til: Sortland kommune
Helse og omsorg
Vesterålsgata 57, 8400 Sortland

Ikke offentlig, jf. Offentleglova § 13

Pasient/bruker klagen gjelder		
Navn		Fødselsnummer
Adresse		
Postnr.	Poststed	

Klage fra (fylles ut dersom det ikke er pasienten/brukeren selv som er klager)		
Navn		
Adresse		Telefonnummer
Postnr.	Poststed	Forhold til bruker

Klagen gjelder		
Hva		Utfyllende opplysninger *(referanse på vedtak, eller navn på ansatt/avdeling)*
☐	Vedtak/enkeltvedtak	
☐	Ansatte/tjeneste	
☐	Feilbehandling	
Vi gjør oppmerksom på at frist for å klage på vedtak er 4 uker, dette etter Forvaltningslovens og Lov om pasient- og brukerrettigheters bestemmelser.		
Dato og tidspunkt for vedtaket/forholdet/hendelsen		
Beskrivelse av vedtak/forhold/hendelse det klages på		
Begrunnelse for klagen		
Eventuelt forslag til forbedring		

Underskrift		
Sted	Dato	Klagers underskrift*

*) Dersom klager ikke kan skrive under selv, må det foreligge fullmakt