Formular til kontakt med direktionen:

Dine kontaktoplysninger:

Cpr. nr.:_____

Navn: _____

E-mail:_____

Telefon: _____

Klager du på vegne af dig selv? Ja ◯ Nej ◯

Hvis nej: Dit navn: _____

Din relation til patienten: _____

Dit telefonnummer: _____

Din e-mail: _____

Hvilken afdeling klager du over? _____

Hvornår fandt behandlingen sted? _____

Hvad ønsker du at klage over?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

☐ I forbindelse med min klage giver jeg tilladelse til at relevante afdelinger tilgår min journal

_____

Dato og underskrift