



BLANKETT: SYNPUNKTER OCH KLAGOMÅL PÅ VÅRDEN

Aktivera Rehab – Primärvårdsrehabilitering Stockholm

Kryds i mottagning det gäller: ☐ Danderyd ☐ Sollentuna ☐ Täby

Du kan välja att vara anonym, men om du önskar ett personligt svar och utredning från oss behöver du fylla i dina kontaktuppgifter nedan.

PATIENTENS UPPGIFTER

Namn: _____

Personnummer: _____ Telefon: _____

Postadress: _____

E-post (endast för avisering): _____

OM DU ANMÄLER FÖR EN NÄRSTÅENDE (Kräver bifogad fullmakt om patienten är myndig)

Ombudets namn: _____ Relation till patienten: _____

VAD GÄLLER DITT KLAGOMÅL? (Kryssa i eller markera)

- ☐ Bemötande ☐ Behandling / Rehabilitering
☐ Tillgänglighet / Bokning ☐ Information / Kommunikation
☐ Annat: _____

BESKRIV HÄNDELSEN

(Ange gärna datum, vilken yrkeskategori du träffade och vad som inträffade. Fortsätt på baksidan vid behov.)



Vad önskar du ska hända nu? (T.ex. bli uppringd, få en skriftlig förklaring)

Datum: _____

Underskrift: _____

HIT SKICKAS BLANKETTEN:

Lägg blanketten i ett förseglat kuvert och lämna den i vår reception, eller posta till:

Aktivera Rehab Täby

Att: Verksamhetschef

Bergtorpsvägen 43A

18364 Täby

Aktivera Rehab Danderyd

Att: Verksamhetschef

Svärdvägen 7C

18233 Danderyd

Aktivera Rehab Sollentuna

Att: Verksamhetschef

Bagarbyvägen 61

19162 Sollentuna