Anmälan om fel i vården

Anmälare

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Adress		Telefon, dagtid (även riktnr)
Postnr	Postort	Telefon, kvällstid (även riktnr)

Patient (om annan än anmälaren)

Patientens förnamn	Patientens efternamn	Patientens personnummer
Mitt släktskap/relation till patienten		

Anmälan om fel i vården

Jag anmäler följande hälso- och sjukvårdspersonal och yrkar att han/hon skall åläggas disciplinpåföljd
(om Ni inte vet namnet, måste sådana uppgifter anges att personen kan identifieras):

Jag har följande anmärkningar mot vården. Om Ni anmäler flera personer måste uppgifterna lämnas för var och en av dem.
(Om utrymmet inte räcker till kan uppgifterna dessutom lämnas på bilaga):

Den felaktiga vården har ägt rum vid (ange sjukhus och klinik, vårdcentral eller mottagning):

Den felaktiga vården har skett vid följande tidpunkt/tidpunkter:

Underskrift och datum

Egenhändig namnteckning och datum

Anmälan skickas i underskrivet skick till:

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), Box 3539, 103 69 Stockholm 08-508 861 00. E-post: hsan@hsan.se