

# ANMÄLAN OM UTREDNING – GÖTA KLINIK

## 1 Kontakt med ansvarig behandlare & kundtjänst

### 1A – Har du framfört klagomålet till ansvarig behandlare eller kundtjänst?

Ja, till behandlare

Ja, till kundtjänst

Ja, till behandlare & kundtjänst

Nej

Om "ja", du har framfört klagomålet till ansvarig behandlare eller kundtjänst.

### 1B – Ungefär när upplyste du ansvarig behandlare eller kundtjänst om ditt klagomål?

### 1C – Har verksamheten besvarat klagomålet?

Ja

Nej

Om "nej", du har inte framfört klagomålet till ansvarig behandlare eller kundtjänst.

### 1D – Varför har du inte haft kontakt med verksamheten om ditt klagomål?

Beskriv kortfattat:

## 2 Du som anmäler klagomålet

### 2A – Vem är du som anmäler klagomålet?

Jag är patient i händelsen som klagomålet handlar om

Jag är närstående till patienten som klagomålet handlar om

Annan person:

### 2B – Patientens person- & kontaktuppgifter

Förnamn:

Efternamn:

Personnummer: ÅÅÅÅ-DD-MM

Adress:

Postnummer:

Postort:

E-postadress:

Telefonnummer:

### 3 Behandlingsförlopp

**3A – Vilket datum och tid genomfördes ditt ingrepp som klagomålet gäller?**

ÅÅ

**3B – Hur många ingrepp genomfördes vid behandlingstillfället som gäller vid klagomålet?**

1

2

3+

**3C – Vilket eller vilka ingrepp vid behandlingstillfället avser klagomålet för?**

Beskriv vilka ingrepp klagomålet gäller här:

**3D – Upplever du fysiska besvär efter ditt ingrepp?**

Ja

Nej

*Om "ja", du upplever just nu fysiska besvär efter ditt ingrepp.*

**3E – Beskriv utförligt det besvär du upplever.**

Beskriv utförligt här:

**3F – Beskriv händelseförloppet utförligt.**

Beskriv utförligt här:

*Om "nej", du upplever inte fysiska besvär efter ditt ingrepp, lämna 3E & 3F tomma.*

**3G – Upplever du psykiska besvär efter ditt ingrepp?**

Ja

Nej

*Om "ja", du upplever just nu psykiska besvär efter ditt ingrepp.*

**3H – Beskriv utförligt de besvär du upplever**

Beskriv utförligt här:

**3I – Beskriv händelseförloppet utförligt.**

Beskriv utförligt här:

*Om "nej", du upplever inte psykiska besvär efter ditt ingrepp, lämna 3H & 3I tomma.*

**3K – Beskriv gärna dina tankar om hur det som inträffade hade kunnat förhindras.**

Skriv här:

## 4 Intygande

**4A – Din underskrift & datum**

Enhändig namnteckning & datum

OBS: Bifoga samtliga bilder du har på området som behandlades gällande klagomålet samt bilder på konversationer mellan dig och din behandlare, tillsammans med din anmälan om utredning i samma mejl.