

Anmälan till patientnämnden om problem i vården

Gäller synpunkter eller klagomål på hälso- och sjukvård eller tandvård som bedrivs av Region Halland eller enligt avtal med regionen samt kommunal hälso- och sjukvård enligt avtal.

För att patientnämnden på bästa sätt ska kunna handlägga vad som hänt dig eller någon närstående önskas information som nedan. Av sekretesskäl vill vi att du skriver ut blanketten och fyller i den. Glöm inte att skriva under blanketten innan du postar den till oss.

Patientens uppgifter

Namn	Personnummer
Postadress	
Postnummer	Ort
Telefonnummer/Mobilnummer	E-post

Annan uppgiftslämnare (fullmakt kan behövas)

Namn	Relation till patienten
Postadress	
Postnummer	Ort
Telefonnummer/Mobilnummer	E-post

Om patienten är myndig ska fullmakt bifogas för att patientnämndens handläggare ska kunna hantera ärendet. Särskild blankett för fullmakt finns på [Patientnämnden Halland - Region Halland](#)

Berörd vårdenhet

Namn	Ort
Vilket datum eller vilken period inträffade den eller de händelser du har klagomål eller synpunkter på	

Blanketten skickas till: Patientnämnden Halland, Region Halland, Box 517, 301 80 Halmstad

Telefonnummer: 020-42 20 30

Personuppgifter: För att patientnämnden ska kunna handlägga ditt ärende behöver patientnämndens handläggare registrera och lagra dina patientuppgifter i en databas enligt dataskyddsförordningen (GDPR). Databasen är helt fristående från hälso- och sjukvårdens journaler och datasystem. Vill du veta mer om hur vi hanterar dina personuppgifter och dina rättigheter besök [Dataskydd - Region Halland](#)



Din kommun i samarbete med Region Halland

Beskriv dina synpunkter och klagomål

Beskriv kortfattat den händelse du har klagomål och synpunkter på

Vilka frågor vill du ha svar på?

Har du förslag till förbättring med anledning av ovan synpunkter eller klagomål?

