Blankett för klagomål/missnöje

tuvacare
TANDVÅRD I HEMMET

Kontaktuppgifter till den som framför klagomålet (patienten).

Namn: _____ Personnr: _____

Adress: _____

Postnummer och ort _____

E-postadress: _____

Telefonnummer/mobilnummer: _____

Notera namn och kontaktuppgifter om annan person för patientens talan ex. anhörig, godeman eller personal: _____

Beskriv händelsen/klagomålet som avses:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Vad kunde vi (som vårdgivare) ha gjort annorlunda?

_____

_____

_____

_____

Underskrift:_____

Ort och datum: _____

Blanketten postas/mailas till nedanstående adress, vi kontaktar dig därefter inom 1 vecka.

TUVA CARE, BOX 121, 696 23 ASKERSUND TELEFON 0583-140 29 ORG.NR 556853-8747

tuva@tuvacare.se www.tuvacare.se