KLAGE PÅ HELSETJENESTER

**Kort informasjon:** For at vi skal kunne behandle klagen på best mulig vis, er det viktig at vi får god informasjon om saken, og at vi kan kontakte deg. Det er derfor ikke mulig å sende dette skjemaet inn anonymt. Vi gjør oppmerksom på at klagen vil arkiveres i din/brukers journal.    
Om klagen sendes inn på vegne av barn over 16 år eller andre voksne må de samtykke enten direkte ved å signere dette skjema eller det legges ved en fullmakt/vergeoppnevnelse.

**Hvordan sende inn klagen:** Klagen må enten leveres eller sendes med vanlig post da den ofte vil inneholde sensitiv informasjon.   
Postadresse: Lindesnes kommune, Nordre Heddeland 26, 4534 MARNARDAL   
Les mer: www.lindesnes.kommune.no/klagepaahelsetjenester

|  |  |
| --- | --- |
| Jeg sender inn klagen på vegne av: | |
| ☐ Meg selv | Fyll kun ut feltet «Avsender av klage» |
| ☐ Andre | Fyll ut både feltene «Avsender av klage» og «Klagen gjelder (person)». |

|  |  |
| --- | --- |
| Avsender av klage: | |
| Fnr. (11 siffer) |  |
| Fornavn |  |
| Etternavn |  |
| Gateadresse |  |
| Postnr/sted |  |
| Telefon |  |
| E-post |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Klagen gjelder (person): | |
| Fnr. (11 siffer) |  |
| Fornavn |  |
| Etternavn |  |
| Gateadresse |  |
| Postnr/sted |  |
| Telefon |  |
| E-post |  |
| Avsenders rolle ovenfor personen klagen gjelder | ☐ Foresatt/foreldre ☐ Verge ☐ Ektefelle/samboer/registrert partner ☐ Familiemedlem  ☐ Venn, nabo, annet |

|  |  |
| --- | --- |
| Klagen gjelder (klagetype): | |
| Hvilken helsetjeneste ønsker du å klage på?  (Eksempel: hjemmetjeneste, helsestasjon for ungdom osv) |  |
| Klagen gjelder | ☐ Vedtak (fyll ut likelydende felt) ☐ Innhold/utførelse av tjenesten (fyll ut likelydende felt) ☐ Behandlingssted/ansatt (fyll ut likelydende felt) ☐ Rettigheter ☐ Behandling av saken min |
| **Vedtak** | |
| Vedtaksnummer |  |
| Vedtaksdato |  |
| Oppgi dato for når mottok du vedtaket |  |
| **Innhold/utførelse av tjeneste** | |
| Dato og tidspunkt for hendelsen? |  |
| Hvor skjedde hendelsen? |  |
| **Behandlingssted/ansatt** | |
| Tjenestested/avdeling |  |
| Navn på ansatt |  |
| Rolle på ansatt  (Eksempel: lege, helsesykepleier osv) |  |

|  |
| --- |
| Begrunnelse for klage |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Signatur og samtykke | |
| Sted |  |
| Dato |  |
| **Signatur avsender** | |
| Signatur avsender |  |
| Gjenta signatur i blokkbokstaver |  |
| **Samtykke fra person klagen gjelder** | |
| Jeg samtykker til at avsender kan sende inn denne klagen | ☐ Ja ☐ Nei |
| Signatur (den klagen gjelder |  |
| Gjenta signatur i blokkbokstaver |  |