

APUnkka  
Karkkulantie 11 b 10  
76850 Naarajärvi  
045 609 5581

		Päivämäärä ____.____.20__
ASIAKKAAN HENKILÖ- TIEDOT	Sukunimi, etunimet (kutsumanimi alleviivattuna)	Henkilötunnus
	Osoite	
	postinumero ja -toimipaikka	Puhelin
	Alaikäisen holhooja ja osoite	

MUISTUTUKSEN TEKIJÄ (jos muu kuin asiakas)	Nimi	
	Osoite	
	Postinumero ja -toimipaikka	Puhelin

MUISTUTUKSEN KOHDE (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 23§ )	Toimintayksikkö	
	Tapahtuma-aika	
	Ketä/mitä muistutus koskee (esim. nimi ja asema)	

MUISTUTUKSEN AIHE	Mistä asiasta halutaan muistuttaa?
	<input type="checkbox"/> Asiakasmaksut
	<input type="checkbox"/> Itsemääräämisoikeus
	<input type="checkbox"/> Kohtelu
	<input type="checkbox"/> palvelun toteuttaminen
	<input type="checkbox"/> Päätökset / sopimukset
	<input type="checkbox"/> Tiedonsaanti ja tarkastusoikeus
	<input type="checkbox"/> Tietosuoja ja salassapito
<input type="checkbox"/> Muu syy: Mikä: _____	

<p>TAPAHTUMAN Kuvaus (tarvittaessa eri liite)</p> <p>___ jatkuu liitteellä</p>	
--	--

<p>VAATIMUKSET</p> <p>___ jatkuu liitteellä</p>	<p>Vaatimukset / ehdotukset asian korjaamiseksi</p>
---	---

<p>MUISTUTUKSEN TEKIÄ</p>	<p>päiväys                      allekirjoitus ja nimenselvitys</p> <p>___..___..20___</p>
-------------------------------	---

<p>ASIAKKAAN SUOSTUMUS</p>	<p>Suostun siihen, että sosiaalihuollon viranomainen tai muu sosiaalipalvelujen järjestäjä sekä terveydenhoitotoimintaa harjoittavat saavat antaa ne asiakkuuttani koskevat tiedot, jotka ovat tarpeen tämän muistutuksen selvittämistä varten sen estämättä, mitä asiakirjasalaisuudesta ja vaitiolovelvollisuudesta on säädetty. Samalla suostun siihen, että muistutusasiakirjat annetaan tiedoksi sosiaaliamiehelle.</p> <p>Asiakkaan allekirjoitus: _____</p>
--------------------------------	--

