



Formular til serviceklager

Hvis du har problemer med skemaet, kan du prøve at downloade Acrobat Reader og åbne skemaet i det program.

[Installer Acrobat Reader](#) (gratis)

Indsend skemaet digitalt

Udfyld skemaet og gem det på din computer. [Login i e-Boks og vedhæft skemaet i din besked og send](#)



Indsend skemaet på papir

Du kan også printe skemaet og sende det med posten til ovenstående adresse.

[Print dokumentet](#)



BESKRIV DIN KLAGE

Klageområde	
Behandlers navn	
Klinikkens adresse	
Postnummer	
By	
Dato for de forhold du klager over	
Klage over tilgængelighed	
Klage over opførsel	
Andet	



KONTAKTOPLYSNINGER

Patientens fulde navn	
Patientens personnummer	
Patientens adresse	
Patientens postnummer	
Patientens by	
Patientens telefonnummer	
Fuldmagtshavers fulde navn	
Fuldmagtshavers personnummer	
Fuldmagtshavers adresse	
Fuldmagtshavers postnummer	
Fuldmagtshavers by	
Fuldmagtshavers telefonnummer	
Ved min underskrift bekræfter jeg rigtigheden af ovenstående oplysninger.	
Dato	
Underskrift*	

* Sender du via digital post, er underskrift ikke nødvendig