Akutberedskabet

Akutberedskabet
Telegrafvej 5
Opgang 2, stuen
2750 Ballerup

Klage over Region Hovedstadens Akutberedskab

VEJLEDNING TIL BRUG AF DENNE FORMULAR

Hvis du har problemer med at hente, gemme eller udfylde skemaet, kan du prøve at downloade programmet Acrobat Reader og åbne skemaet igennem dette program.
Installer Acrobat Reader (Gratis)

Indsend skemaet digitalt
Udfyld skemaet og gem det. Send det via e-boks eller borger.dk:

Log på med nem id og find din indbakke. Vælg skriv ny post. Tryk på "find modtager" og søg på Region Hovedstaden. Klik på Region Hovedstaden og scroll ned til Akutberedskabet. Du vedhæfter klagen som fil.

Indsend skemaet på papir
Du kan også selv printe skemaet og sende det som papirbrev til os via postvæsnet.

Print dit dokument her

BESKRIV DIN KLAGE

☐ Jeg samtykker hermed til, at Akutberedskabet må indhente helbredsoplysninger og andre fortrolige oplysninger om mig til brug for behandling af klagen.

Hvis du klager på vegne af en anden person, skal du medsende en fuldmagt til at klage til Akutberedskabet. Denne findes på sidste side.

Dato for hændelse	
Evt. tidspunkt for hændelse	
Adresse	
Postnummer	
Bynavn	
Evt. telefonnr. som har ringet til Akutberedskabet	

Akutberedskabet

BESKRIV DIN KLAGE

Beskrivelse af hændelse	

Akutberedskabet

Kontaktoplysninger på patient

Patientens fulde navn	
Patientens personnummer	
Patientens adresse	
Patientens postnummer	
Patientens bynavn	
Patientens email-adresse	
Patientens telefonnummer	

Kontaktoplysninger på eventuel fuldmagtshaver

Fuldmagtshavers relation til patienten	
Fuldmagtshavers fulde navn	
Fuldmagtshavers adresse	
Fuldmagtshavers postnummer	
Fuldmagtshavers bynavn	
Fuldmagtshavers e-mail	
Fuldmagtshavers telefonnummer	

Ved min underskrift bekræfter jeg rigtigheden af ovenstående oplysninger.

Dato

Underskrift

RegionH Design • design@regionh.dk • 2021

Akutberedskabet

Akutberedskabet
Telegrafvej 5
Opgang 2, stuen
2750 Ballerup

Fuldmagt

Jeg

Navn: _____

Cpr-nummer: _____

giver hermed

Navn: _____

Cpr-nummer/cvr-nummer: _____

fuldmagt (lov og ret til at handle på mine vegne) vedrørende min sag/henvendelse til Region Hovedstadens Akutberedskab om:

_____ _____

Dato **Fuldmagtsgivers underskrift:**

_____ _____

Dato **Fuldmagtshavers underskrift:**

Fuldmagten udløber den*: _____

*Hvis der ikke er angivet en udløbsdato, udløber fuldmagten først når fuld-magtsgiver giver besked herom til Akutberedskabet.

Fuldmagtsgiver kan til enhver tid tilbagekalde fuldmagten.