

Regionala tillsynsenheten i Göteborg
Box 53148, 400 15 Göteborg
Tel: 075 - 247 30 00

1. Anmälan gäller patienten:	Förnamn:	Efternamn:	Personnr:
	Adress:		Telefon dagtid (även riktnr)
	Postnr:	Postort:	

2. Anmälaren, om annan än patienten:	Förnamn:	Efternamn:	Telefon dagtid (även riktnr)
	Adress:		
	Postnr:	Postort:	

3. Anmälares släktskap/relation till patienten	
--	--

4. Anmälan avser vård som erhållits vid:	1. Vårdinrättningens/Sjukhusets namn:	2. Vårdinrättningens/Sjukhusets namn:
	Klinik:	Klinik:
	Ort:	Ort:

5. Anmälan avser vård som erhållits under tiden:	
--	--

6. Beskriv den inträffade händelsen och vad som blev följden för patienten:	
---	--

7. Underskrift och datum:	Anmälares namnteckning:
	Datum för underskrift: