

## Klage fra Færøerne

### Klage over sundhedsfaglig behandling eller aktindsigt i sundhedsvæsenet

Felter med \* er obligatoriske.

#### 1. Patienten\*

<b>Navn *</b>	<b>P-tal og/eller CPR-nummer</b>
<b>Adresse</b>	<b>Telefonnummer</b>
<b>Postnr./by</b>	
<b>E-mail</b>	

#### 2. Klagemuligheder\*

Sæt kryds i den relevante boks nedenfor.

<b>A) Klage over undersøgelse, behandling mv.</b> Du kan alene rette din klage mod konkrete sundhedspersoner og Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn afgør din sag. Det betyder, at du ikke kan rette din klage mod et behandlingssted som en forløbsklage. Styrelsen for Patientklager er sekretariat for disciplinærnævnet.	<input type="checkbox"/>
<b>B) Klage over aktindsigt</b> En klage over aktindsigt kan rettes mod et behandlingssted.	<input type="checkbox"/>

## **Klagemulighed A:**

### **Klage over undersøgelse, behandling mv.**

Du skal kun udfylde spørgsmål 3, 4 og 5, hvis du har sat kryds i 2A) ovenfor.

---

#### **3. Hvor og hvornår, fandt den behandling, du ønsker at klage over, sted? Hvem udførte behandlingen?**

Sted (fx sygehus og afdeling, kommunelæge, lægehus, klinik)	Dag/periode (dato, måned, år)

#### **4. Hvornår og hvordan fik du mistanke om, at du muligvis har været udsat for fejlbehandling?**

--

#### **5. Hvad ønsker du nærmere at klage over? Hvilke fejl mener du, at der er begået?**

--

## Klagemulighed B: Klage over aktindsigt

Du skal kun udfylde spørgsmål 6 og 7, hvis du har sat kryds i 2B) ovenfor.

---

### 6. Hvor og hvornår blev dine rettigheder vedrørende aktindsigt tilsidesat?

Sted (fx sygehus og afdeling, kommunelæge, lægehus, klinik)	Dag/periode (dato, måned, år)

### 7. Hvilken fejl mener du, der er begået vedrørende aktindsigt? Hvorfor er du uenig i afgørelsen?

--

### 8. Din underskrift

Dato	Underskrift

Det udfyldte klageskema skal sendes til:

- Landslæknin  
Tinghúsvegur 42  
FO-100 Tórshavn

## 9. Fuldmagt

Nedenstående skal udfyldes af patienten, hvis klagen indsendes på vegne af en anden.

### Mine oplysninger (den der giver fuldmagt)

Mit fulde navn			
Mit CPR-nr.			
Min adresse			
Postnummer		By	
Mit telefonnr.			

### Jeg giver hermed fuldmagt til:

Fulde navn			
CPR-nr.			
Adresse			
Postnummer		By	
Telefonnr.		E-mail	

Fuldmagten skal underskrives i hånden af den person, der giver fuldmagt til en anden. Fuldmagten skal sendes til os med post eller elektronisk.

Jeg giver hermed ovennævnte person fuldmagt til at indgive klage på mine vegne og til at varetage mine interesser i forbindelse med sagens behandling.

<b>Dato</b>	<b>Underskrift</b>

Du giver med din underskrift af klagen Styrelsen for Patientklager tilladelse til at behandle klagen, herunder samtykke til at indhente og videregive oplysninger om patientens helbredsforhold, f.eks. kopi af journaler, røntgenbilleder og lægeerklæringer til brug for behandling af klagen.

Styrelsen kan videregive oplysninger til implicerede myndigheder, sygehuse, sundhedspersoner mv. eller andre med retlig interesse. Ved din underskrift giver du også samtykke til, at de indklagede sundhedspersoner og/eller disses eventuelle arbejdsgivere kan videregive relevante oplysninger vedrørende klagen til Styrelsen for Patientklager.