

## Blankett klagomål

Rapport nr: \_\_\_\_\_ (ifylles av Globenheart)

### Patientuppgifter

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_

### Vad har hänt och när hände det?

Beskriv kortfattat de händelser som du har klagomål på och vad du hade önskat istället. Skriv gärna de frågor du skulle vilja ha svar på från Globenheart.

*Om du ej får plats med beskrivningen av ditt ärende här, kan du fortsätta på ett löst blad som du bifogar blanketten.*

### Underskrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Datum

Bilagor antal:

### Skicka din blankett till:

GlobenHeart AB  
Att: Verksamhetschef  
Arenavägen 33, 5tr  
121 77 Johanneshov