

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Frederiksborggade 15, 1360 København K, Tlf: 33389500, Fax: 33389599,
E-mail: pkn@pkn.dk, Internet: www.pkn.dk

Klageskema

Udfyld venligst med blokbogstaver

Patientens navn: Bo Mørch MogensenAdresse: Enghavevej 156 2 th.Postnr./by: 2450 Kbh. SV.Telefonnummer: 23 42 25 68 Cnr. Nummer: 040266-

Hvilken hændelse/person i sundhedsvæsenet ønsker De at klage over?

Hvis De ikke kender personens navn, kan De blot anføre f.eks. "den person, der behandlede mig den..."

Den vagtlæge, der modtog mit
telefonopkald d. 1. marts 2006 kl. 21.52

Hvor og hvornår fandt den hændelse sted, som De ønsker at klage over?

Sted: København Dato/periode: 1. marts 2006, kl 21.Sted: Vagtlæge Hf. 7013 0041 Dato/periode: 1. marts 2006, kl 21.52

Hvilke fejl mener De, der blev begået?

At vagtlægen ikke tog mine smerter
 alvorligt og sendte en læge ud for
at undersøge mig nærmere.

Jeg havde oplyst lægen om stærke smerter,
krampe i maven samt opkast, der ved
henvendelsen til lægen, havde pågået i
6 timer.

De kan eventuelt uddybe Deres klage på et selvstændigt ark, som vedlægges dette skema. De er velkommen til at vedlægge bilag f.eks. journal kopi til yderligere belysning af Deres klage.

* Vagtlægens navn, Søren Flemming Rud
Vagtlæge Hf. nr. 7013 0041

Hos hvilke læger, sygehuse og lignende kan Patientklagenævnet få øvrige oplysninger til brug for oplysningen og behandlingen af Deres klage?

praktiserende læge: Hanna Wulffberg, Snubbemøllevej
Hvidovre Hospital, Akut modtagelse 24
og Kirurgisk Gastroenterologi.
praktiserende læge's afløser: Gunhild Vedel
Nielsen, Borbjergsvej, 2450 Kbh. SV.

Patientens underskrift og tilladelse om at indhente oplysninger

Undertegnede patient giver hermed Patientklagenævnet tilladelse til at behandle min klage, herunder at indhente og videregive oplysninger om mine helbredsforhold f.eks. kopi af journaler, røntgenbilleder og lægeerklæringer til brug for behandling af klagen.

Dato: 8/3-06 Patientens underskrift: _____

-o-00o-o-

Udfyldes kun, hvis De klager på en andens vegne:

Fuldmagt

Undertegnede patient giver hermed _____ fuldmagt til på mine vegne at klage til Patientklagenævnet over den/de hændelser/personer, som er nævnt i dette skema.

Dato: _____ Patientens underskrift: _____

Klagers navn : _____

Adresse: _____ Postnr./by: _____

Telefonnummer: _____ Klagers underskrift: _____

Hvis De klager over behandlingen af en patient, som nu er død, bedes De her angive, hvilken relation De havde til patienten: _____