

# Anmälan om problem i vården (Obs. texta tydligt.)

Dnr: \_\_\_\_\_

## Patient

Förnamn, efternamn	Personnummer
Gatuadress	Telefon dagtid (inkl. riktnr.)
Postnummer, postadress	Telefon kvällstid (inkl. riktnr.)

## Anmälare om ej patient

Förnamn, efternamn	Personnummer
Gatuadress	Telefon dagtid (inkl. riktnr.)
Postnummer, postadress	Telefon kvällstid (inkl. riktnr.)
Släktskap/relation till patient	

## Redogörelse anmälan

Jag har följande problem/anmärkning mot vården:
Vården har ägt rum vid följande klinik:
Vården har ägt rum vid följande tidpunkt/tidpunkter:

Universitetstandvården 20221124

Datum ..... Underskrift .....

**Postadress**  
Karolinska Institutet  
Universitetstandvården  
Box 4064  
141 04 Huddinge

Org.nummer 202100 2973

**Besöksadress**  
Alfred Nobels allé 8  
Huddinge

**Telefon**  
08-524 88 200, växel

**E-Post**  
klagomal-tandvard@ki.se

**Webb**  
ki.se/universitetstandvard