

### Kvörtun til landlæknis

vegna meintrar vanrækslu og mistaka eða meintrar ótilhlýðlegrar framkomu heilbrigðisstarfsmanna við veitingu heilbrigðisþjónustu.

Í 12. gr. laga um landlækni og lýðheilsu nr. 41/2007 segir m.a.: „[...] Heimilt er að beina formlegri kvörtun til landlæknis vegna meintrar vanrækslu og mistaka við veitingu heilbrigðisþjónustu. Þá er notendum heilbrigðisþjónustunnar jafnframt heimilt að bera fram formlega kvörtun til landlæknis telji þeir að framkoma heilbrigðisstarfsmanna við veitingu heilbrigðisþjónustu hafi verið ótilhlýðileg. Kvörtun skal vera skrifleg og þar skal koma skýrt fram hvert sé tilefni hennar. Kvörtun skal borin fram við landlækni án ástæðulauss dráttar. Séu meira en tíu ár liðin frá því að þau atvik gerðust sem eru tilefni kvörtunar er landlækni rétt að vísa kvörtun frá nema sérstakar ástæður mæli með því að hans mati að kvörtun sé tekin til meðferðar. [...]“

Í samræmi við lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997 hefur sjúklingur rétt til að kvarta vegna meðferðar og getur hann beint kvörtun til landlæknis.

Kvörtun til landlæknis skal vera skrifleg og æskilegt er að sjúklingur eða umboðsmaður hans komi kvörtuninni á framfæri á þessu eyðublaði. Ekki er hægt að bera fram kvörtun með tölvupósti.

<b>Almennar upplýsingar um sjúkling</b>	
Fornafn:	Millinafn:
Eftirnafn:	Kennitala:
Heimilisfang:	
Póstnúmer og staður:	
Símanúmer:	Tölvupóstfang: @ .

<b>Upplýsingar um kvörtunarefni</b>
Kvörtun varðar: <input type="checkbox"/> Meinta vanrækslu við veitingu heilbrigðisþjónustu. <input type="checkbox"/> Meint mistök við veitingu heilbrigðisþjónustu. <input type="checkbox"/> Meinta ótilhlýðilega framkomu við veitingu heilbrigðisþjónustu.

Nafn þess aðila, heilbrigðisstofnunar eða starfsstofu heilbrigðisstarfsmanns, sem kvörtun beinist að:

Nafn heilbrigðisstarfsmanns:

Efni kvörtunar:

*[Mikilvægt er að fram komi í stuttu máli tímasetning og lýsing á meintri vanrækslu, mistökum eða ótilhlýðilegri framkomu.]*

Rökstuðningur fyrir kvörtun:

Skrá yfir skjöl og önnur gögn eftir því sem við á:

*[Öll fylgiskjöl í númeraröð.]*

Nr. :

Nr. :

Nr. :

Nr. :

Nr. :

Nr. :

Nr. :

Nr. :

Nr. :

[fjöldi fylgiskjala eins og við á]

Athugasemdir:

Dagsetning kvörtunar (dagur; mán.;ár):

. . .

Undirskrift sjúklings (eða umboðsmanns sbr. meðfylgjandi umboð undirritað af sjúklingi):

**Tilkynningu skal senda Embætti landlæknis,  
Barónsstíg 47, 101 Reykjavík, sími 510 1900**