

Klage over Præhospitalt Center, Region Sjælland

VEJLEDNING TIL BRUG AF DENNE FORMULAR

Hvis du har problemer med at gemme eller udfylde skemaet, kan du downloade programmet Acrobat Reader og åbne skemaet igennem dette program.

[Installer Acrobat Reader \(Gratis\)](#)



Indsend skemaet digitalt

Udfyld skemaet og gem det. Send det via e-boks eller borger.dk:
Log på med MitID og find din indbakke. Vælg "Skriv ny post. Tryk på "Find modtager" og søg på Region Sjælland. Klik på Region Sjælland og scroll ned til Præhospitalt Center. Du vedhæfter klagen som fil.



Indsend skemaet på papir

Du kan også selv printe skemaet og sende det som papirbrev til os via postvæsenet.

BESKRIV DIN KLAGE

☐ Jeg samtykker hermed til, at Præhospitalt Center må indhente helbredsoplysninger og andre fortrolige oplysninger om mig til brug for behandling af klagen.

Hvis du klager på vegne af en anden person, skal du medsende en fuldmagt for at klage til Præhospitalt Center. Denne finder du på sidste side.

Hvem klages der over? (1-1-2, ambulancekørsel eller -behandling, befordring eller lægevagt)	
Dato for hændelse	
Evt. tidspunkt for hændelse	
Adresse	
Postnummer	
Bynavn	
Evt. telefonnr. som har ringet til Præhospitalt Center	

BESKRIV DIN KLAGE

Beskrivelse af hændelse	
-------------------------	--

Kontaktoplysninger på borger

Borgers fulde navn	
Borgers personnummer	
Borgers adresse	
Borgers postnummer	
Borgers bynavn	
Borgers email-adresse	
Borgers telefonnummer	

Kontaktoplysninger på eventuel fuldmagtshaver

Fuldmagtshavers relation til borger	
Fuldmagtshavers fulde navn	
Fuldmagtshavers adresse	
Fuldmagtshavers postnummer	
Fuldmagtshavers bynavn	
Fuldmagtshavers e-mail	
Fuldmagtshavers telefonnummer	

Ved min underskrift bekræfter jeg rigtigheden af ovenstående oplysninger.

Dato

Underskrift

Fuldmagt

Jeg

Navn: _____

Cpr-nummer: _____

giver hermed

Navn: _____

Cpr-nummer / cvr-nummer: _____

**fuldmagt (lov og ret til at handle på mine vegne) vedrørende min
sag/henvendelse til Præhospitalt Center, Region Sjælland om:**

Dato

Fuldmagtsgivers underskrift (den der giver fuldmagten)

Fuldmagten udløber den*: _____

*Hvis der ikke er angivet en udløbsdato, udløber fuldmagten først når fuldmagtsgiver giver besked herom til Præhospitalt Center. Fuldmagtsgiver kan til enhver tid tilbagekalde fuldmagten.