



Klage over Amager og Hvidovre Hospital

Vejledning til brug af denne formular

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

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

Indsend skemaet digitalt

Udfyld skemaet og gem det på din computer.

[Login på borger.dk, vedhæft skemaet i din besked og send](#)



Beskriv din klage

Patientens navn

Patientens cpr. nr. *(om nødvendigt til brug ved journalopslag samt fremsendelse af svar til e-boks)*

Dato for forløbet

Behandelende afdeling(er)

Beskrivelse af forløbet



Ved min underskrift bekræfter jeg rigtigheden af ovenstående oplysninger:

Fulde navn (med blokbogstaver)

Skal kun underskrives, hvis du fremsender henvendelsen med almindelig post.

Fremsender du henvendelsen elektronisk via e-boks, betragtes din brug af nem-id som underskrift.

Dato

Underskrift

Modtagelse af klagesvar

Hvordan ønsker du, at hospitalet svarer dig:

- ☐ Ved et telefonopkald
Opgiv telefonnummer _____
- ☐ Ved et møde på hospitalet med den pågældende afdelingsledelse
- ☐ Ved et skriftligt svar
Opgiv undtagelsesvis din adresse, hvis du er fritaget for elektronisk post:
-

Oplysningspligt

Når vi behandler personoplysninger om dig, skal vi efter databeskyttelsesforordningen (GDPR) give dig en række oplysninger, herunder:

- At formålet med at behandle dine personoplysninger er at sagsbehandle din henvendelse. Derfor registrerer vi dine personoplysninger i vores elektroniske sagsbehandlingssystem.
- At du kan gøre brug af en række rettigheder, herunder retten til at se dine oplysninger og retten til at gøre indsigelse mod vores behandling af dine oplysninger.

Yderligere information

Du kan læse mere på www.regionh.dk/persondatapolitik.

Du er også velkommen til at kontakte Region Hovedstadens databeskyttelsesrådgiver, Birgitte Hagelskjær Nielsen, på www.regionh.dk/dpo



Fuldmagtserklæring

Hvis du klager på vegne af en anden, for eksempel din pårørende, skal du have dennes fuldmagt.

Udfyld venligst denne fuldmagtserklæring og fremsend den sammen med din klage.

Fuldmagtserklæringen skal udskrives og underskrives af patienten.

Fuldmagt

Undertegnede giver hermed fuldmagt til

Navn: _____ Cpr.nr.: _____

Adresse: _____

Tlf.nr.: _____

på mine vegne at klage over mit behandlingsforløb på Amager Hospital og/eller Hvidovre Hospital, og at der må indhentes journaloplysninger samt andre sundhedsoplysninger til brug for behandling af sagen i perioden:

Fra ca.

Til ca.

Korrespondance i denne forbindelse bedes fremsendt alene til fuldmagtshaver.

Dato	Navn
_____	_____
Cpr.nr.	Underskrift
_____	_____