



## KLAGESKJEMA

Til : Direktør for tannhelsetenesta Askedalen 2 6863 Leikanger	Behandler/klinikk klagen gjeld:
--	---------------------------------

Klagar:	
Namn: _____	Fødselsnummer: _____
Namn på føresette/pårørande: _____	
Adresse: _____	
Telefon: _____	E-post _____

Klagen gjeld: (bruk gjerne eige ark eller brev for å beskrive kva klagen gjeld)

Informasjon: _____
Ventetid: _____
Behandling: _____
Service: _____
Materialbruk: _____
Pris: _____
Rettar: _____
Anna: _____

Har du klaga til den det gjeld:	Ja/ nei?
Dersom ja, munnleg eller skriftleg?	
Vart det gjort noko for å rette på tilhøvet?	I tilfelle kva?

Eg gjev samtykke til at det vert innhenta naudsynte opplysningar i journal og hjå behandler/ar for å handsame klagen.

Dato/stad: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

