

Ankomstdatum: \_\_\_\_\_

**ANMÄRKNINGEN GÄLLER**

<b>Namn</b>	<b>Personbeteckning</b>
<b>Adress</b>	<b>Telefonnummer</b>

**VILKEN HÄLSOSTATION GÄLLER ANMÄRKNINGEN?**

Ekenäs hälsostation

Karis hälsostation

Pojo hälsostation

**ORSAKEN TILL ANMÄRKNINGEN (ANVÄND VID BEHOV SÄRSKILD BILAGA)**

**VAD HAR HÄNT OCH NÄR? (ANVÄND VID BEHOV SÄRSKILD BILAGA)**

**VILKA ÅTGÄRDER ANSER DU ATT ENHETEN BORDE VIDTA?**

**UNDERSKRIFT OCH KONTAKTUPPGIFTER**

<b>Datum</b>	<b>Underskrift och namnförtydligande</b>
<b>Adress</b>	<b>Telefonnummer</b>

**RETURNERA BLANKETTEN TILL SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDEN I RASEBORGS STAD, PB 18, 10611  
EKENÄS**