heilsutrygd
Postsmoga 52
Tlf. +298 61 40 00
T-post: heilsutrygd@heilsutrygd.fo

Klagufrymil/oyðublað

Klagufrymil til viðgerð av klagum um tænastu hjá kommunulækna ella á læknavaktini (T.d. atburð, bíðitíð og líknandi)

Tænastuklagur skulu fráboðast í seinasta lagi seks vikur eftir hendingina klagað verður um. Víst verður til § 59, stk. 4 í sáttmálanum millum Kommunulæknafelag Føroya og Meginfelag Sjúkrakassa Føroya frá 2006.

Tú kann kæra um heilsufakligt virksemi hjá einstøkum heilsustarvsfólkum, um tú metir, at hetta ikki hevur verið nøktandi. **Hesar kærur skulu ikki sendast til Heilsutrygd**. Sí heimasíðu hjá Landslæknanum.

Víst verður eisini til Vegleiðing um kærumøguleikar hjá sjúklingum og eftirsitandi hjá sjúklingum í føroyska heilsuverkinum, sum er tøk á heimasíðuni hjá Heilsumálaráðnum:

http://www.hmr.fo/media/1061/veglei%C3%B0ing-um-k%C3%A6rum%C3%B8guleikar-%C3%AD-heilsuverkinum.pdf

Undirritaði:

Fult navn á borgara	
P-tal	
Adressa	
Postnr. og bygd/býur	
Telefonnr.	
Teldupostur	

Ynski at klaga yvir:

Læknavaktina Set x		Kommunulækna Set x		Annað Set x	
Navn á lækna					
Adressa					
Postnr. og bygd/býur					
Dagfestin fyri hendingini					

Lýs klaguna: (brúka annað pappír um neyðugt)

Tygum eru vælkomin at útfylla frymilin talgilt, men tygum verða biðin um at printa hann út og undirskriva hann. Klagufyrimilin skal sendast til Heilsutrygd, kommunulæknaskipanin, Postmoga 2, FO-710 Klaksvík.

Við míni undirskrift samtykki eg, at Kommunulæknaskipanin í viðgerðini av hesi klagu, savnar úttalilsi og journaltilfar o.s.fr. frá heilsufakfólkinum, sum eg klagi yvir og møgulig onnur heilsufakfólk.

Dato

Undirskrift (klagari)

Fulltrú skal útfyllast, um tú klagar fyri ein annan:

Fulltrú:

Undirritaði gevur hervið _____ fulltrú til mína vegna at klaga yvir tænastu hjá heilsustarvsfólki, sum er nevnt í hesum klagufrymili.

Dato

Undirskrift

Tann ið hevur fingið fulltrú verður biðin um at útfylla:

Navn	
Adressa	
Postnr. og bygd/býur	
Telefonnr.	
Undirskrift	