

## Klageformular

vedrørende behandling af **klager over lægevagten, alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger m.fl.** (fx over ventetid, opførsel og lignende).

Klagen skal indbringes **inden 6 uger** efter, at det forhold, der giver anledning til klagen, er kommet til klagerens kundskab.

Du er velkommen til at udfylde klageformularen elektronisk. Du bedes dog herefter udskrive og underskrive formularen. Klageformularen indsendes i udfyldt stand med underskrift til:

**Region Midtjylland  
Regionssekretariatet  
Skottenborg 26  
Postboks 21  
8800 Viborg**

Klager over faglig virksomhed (fx undersøgelse og behandling) skal indgives til:

**Styrelsen for Patientklager**, Olof Palmes Allé 18 H, 8200 Aarhus N, [www.stpk.dk](http://www.stpk.dk), tlf.nr. 72 33 05 00.

Du skal klage digitalt via den selvbetjeningsløsning, der findes på [www.borger.dk](http://www.borger.dk). Klageskemaet finder du under "Sundhed og sygdom" - "Klage over sundhedsvæsenet" - "Klage over sundhedsfaglig behandling".

### Undertegnede

Navn:  Cpr.nr.:

Adresse:

Postnr.:  By:

Tlf.nr. (privat):  Mobilnr.:

### Ønsker at klage over

Lægevagten

Alment praktiserende læge

Praktiserende speciallæge

Andre (beskriv hvem)

Navn:

Adresse:

Postnr.:  By:

Dato for konsultation, besøg eller andet:

**Klagen vedrører** *(beskriv)*

Ved min underskrift bekræfter jeg rigtigheden af klageformularens oplysninger og giver samtykke til, at Regionssekretariatet som led i klagesagsbehandlingen kan indhente oplysninger, herunder journaloplysninger, der er nødvendige for sagens behandling.  
Endvidere giver jeg samtykke til, at læge, Region Midtjylland og sociale myndigheder kan videregive oplysninger, herunder særligt journaloplysninger, der er nødvendige for klagens behandling.

Sted

Dato  Underskrift

\*\*\*\*\*

## FULDMAGT

**Udfyldes kun, hvis du klager på en andens vegne**

Undertegnede giver hermed

fuldmagt til på mine vegne at klage over den person, som er nævnt i denne klageformular.

Dato  Underskrift:

Fuldmagthavers navn

Adresse:

Postnr.:  By:

Tlf.nr.  Underskrift