

St. Olavs Hospital  
Postboks 3250 Sluppen  
7006 Trondheim

### **Klage på pasientrettigheter ved henvisning til St. Olavs Hospital**

Avdeling som har fattet beslutningen: \_\_\_\_\_

Mitt navn (store bokstaver): \_\_\_\_\_

Gateadresse: \_\_\_\_\_

Postnummer/-sted: \_\_\_\_\_

Fødselsnummer (11 siffer): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

#### **Klagen gjelder (sett kryss)**

- Frist for vurdering av min henvisning
- Rett til prioritert helsehjelp
- Frist for helsehjelp
- Annet

#### **Begrunnelse:**

\_\_\_\_\_

Dato, underskrift