



Naammagittaalliornermi immersugassaq
Eksempel på klageudformning

Naammagittaalliutip qulaani taaneqartumi nassiunneqassaaq
Klagen bedes sendt til ovennævnte adresse

Pineqartoq/Klagen vedrørende:

Atit/Navn: _____

Inuuik/Cpr.nr.: _____

Najukkat/Adresse: _____

Inuk kina/inuit kikkut (quppersagaq ilanngunneqartoq takuuk) naammagittaalliutiginiarpiuk/-pigit?

Hvilken person/hvilke personer (se vedlagte folder) klager du over?

Naammagittaalliutiginiakkat sumi qangalu piva?

Hvor og hvornår skete det, som du klager over?

Naammagittaalliutiginiakkat qanga piva?

Hvornår skete det, du klager over?

Ulloq/dato: _____ **Ukioq/år:** _____

Naammagittaalliummut tunngavilersuut:

Begrundelse for klagen:

Naammagittaalliutivit suliarinissaanut atatillugu paasissutissanik nakorsat kikkut, napparsimmaviit sorliit assigisaallu sumi piniarfigisinnaavagut?

Hos hvilke læger, sygehus og lign. kan vi få øvrige oplysninger til brug for behandlingen af din klage?

Ulloq/dato: _____ Atsiorneq/underskrift: _____

Naammagittaalliutivit paasissutissartaanik bilagitut ilanngussisinnaavutit.

Du er velkommen til at vedlægge bilag til yderligere belysning af din klage.

PISINNAATITAANEQ FULDMAGT

Atsiortunga

Undertegnede: _____

Inuuvik/Cpr.nr.: _____

Matumuuna pisinnaatippara (ateq)

Giver hermed (navn): _____

Najukkat/Adresse: _____

Nunatsinni Nakorsaaneqarfimmut aamma/imaluunniit Peqqinnissakkut Napparsimasut Sullinneqarneranni Maalaaruteqarfimmut pineqarsimanera pillugu naammagittaalliuteqarnissamut (piffissami uani pineqarsimanera pillugu)

Fuldmagt til at klage til Landslægeembedet og/eller Sundhedsvæsenets Patientklagenævn over den behandling, jeg modtog (tidspunkt) _____

ULLOQ DATO _____

ATSIORTOQ UNDESKRIFT _____