

Klage på tannhelsetjenesten i Viken fylkeskommune

Personalia

For- og etternavn			
Adresse			
Postnr		Poststed	
F. nr. (11 siffer)		Telefon	

Dersom klagen gjelder barn under 18 år eller andre som har foresatt/verge:

Navn på foresatt			
Telefon		E-post	

Om forholdet det klages på

Hva vil du klage på?	
Når skjedde det du vil klage på, dato:	
Har du klaget muntlig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Hvis ja, til hvem?	
Ble det gjort noe for å rette på forholdene?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Gi en vurdering av det som ble gjort, hvis du ikke er tilfreds:	

Signatur

Dato		Underskrift	
------	--	-------------	--

Klagen skives ut og sendes/leveres tannklinikken, eller annen klageinstans.

Se www.viken.no/tannhelse-klage