



Synpunkten gäller: Tillgänglighet Bemötande Inflytande Kontinuitet
 Försummelse/tillsyn Annat.....

Jag är: Kund Anhörig God man Annan.....

Namn och telefon till uppgiftslämnaren.....

Namn på den synpunkterna gäller.....
om annan än ovan

Synpunkten gäller (boende, hemtjänst).....

Datum.....

Skriv ner dina synpunkter och eventuella förslag på förbättringar här

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....