

POTILASASIAKIRJOJEN LUOVUTUS

Asiakkaan nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Tutkimus- tai hoitopaikka: _____

Tiedot ajalta: _____

Suostun minua koskevien tietojen luovuttamiseen:

- sairaskertomustiedot
- terveystarkastustiedot
- laboratoriovastaukset
- radiologin lausunnot
- muu materiaali, mitä: _____

Tiedot luovutetaan toisen terveydenhuollon toimintayksikön käyttöön:

nimi: _____

osoite: _____

Haluan tiedot omaan käyttöön, pyydän lähettämään ne osoitteella:

osoite: _____

Paikka ja päiväys: _____

Asiakkaan / huoltajan allekirjoitus _____

henkilöllisyys tarkistettu

kenen toimesta _____