

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 käyttööni, pyydän lähettämään ne osoitteella:

osoite _____

Paikka ja päiväys _____

Asiakkaan / huoltajan allekirjoitus _____

henkilöllisyys tarkistettu

kenen toimesta? _____