

POTILASASIAKIRJOJEN LUOVUTUS

Asiakkaan nimi:

Henkilötunnus:

Tutkimus- tai hoitopaikka:

Asiakkuus: Työterveys ☐ Yksityisasiakas ☐

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 _____