



Potilaan sukunimi (myös entiset nimet):		Potilaan etunimet:		Potilaan henkilötunnus:
Pyydetään: <input type="checkbox"/> kopio koko potilaskertomuksesta <input type="checkbox"/> kopio epikriisistä <input type="checkbox"/> kopio laboratoriotutkimustiedoista <input type="checkbox"/> kopio röntgentutkimuslausunnoista <input type="checkbox"/> kopio lääkitystiedoista <input type="checkbox"/> kopio muista tiedoista, mistä (kirjoita alle):				
Hoitovuosi/hoitovuodet, joilta kopiot halutaan:				
Hoitava lääkäri/lääkärit Vankiterveydenhuollon yksikössä:				
Tilaajan puhelinnumero (myös suuntanumero):				
<b>Tilaaja ja toimitusosoite, jonne kopiot toimitetaan:</b>				
Pvm:	Tilaajan allekirjoitus	Tilaajan nimenselvennys:	Tilaajan ammattinimike:	
<b>Annan suostumukseni, että kopiot minua koskevista terveystiedoista voidaan toimittaa yllä olevaan toimitusosoitteeseen.</b>				
Pvm:	Potilaan allekirjoitus	Potilaan nimenselvennys:		
Ohje: Lomake tulostetaan, täytetään ja lähetetään Vankiterveydenhuollon yksikköön faxilla numeroon 029 5245 799 <input type="checkbox"/> + _____ viesti _____ v vth@vth.fi.sec tai osoitteeseen Vankiterveydenhuollon yksikkö (VTH) PL 30 00271 Helsinki				