POTILASASIAKIRJAPYYNTÖ

Tämä lomake on tarkoitettu muiden sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden, viranomaisten tai toimijoiden potilasasiakirjapyyntöihin.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Potilaan sukunimi: | Potilaan etunimet: | Potilaan henkilötunnus: |
| Entiset nimet: |  |  |
| Pyydetään:kopio lääkärin kirjauksistakopio röntgenlausunnoistakopio laboratoriotutkimustiedoista kopio lääkitystiedoistakopio muista tiedoista, mistä (kirjoita alle): |
| Ajanjakso, joilta kopiot halutaan: |
|  Toivon tietopyynnön kiireellistä käsittelyä. Jos toivot kiireellistä käsittelyä, anna tähän perustelut (emme kiirehdi pyyntöjä erikseen ilman perusteltua syytä) |
| Tilaaja ja toimitusosoite, jonne kopiot toimitetaan: |
| Tilaajan puhelinnumero: |
| Päivämäärä: | Tilaajan allekirjoitus: | Tilaajan nimenselvennys: | Tilaajan ammattinimike: |
| **Annan suostumukseni, että kopiot minua koskevista terveystiedoista voidaan toimittaa yllä olevaan toimitusosoitteeseen.** |
| Päivämäärä: | Potilaan allekirjoitus: | Potilaan nimenselvennys: |
| Mahdollisia lisätietoja: |