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 kirjauksista  kopio röntgenlausunnoista  kopio laboratoriotutkimustiedoista kopio lääkitystiedoista  kopio 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: | | | | | |