

Suostumus potilaskertomustietojen hankkimiseen

Potilaan nimi	Henkilötunnus
Tietojen saaja (terveydenhuollon tai sosiaalipalvelun yksikkö)	Telefax (kiireellinen hoidon tarve)
Osoite, johon tiedot lähetetään	
Annan suostumuksen hankkia (merkitse oikea vaihtoehto) <input type="checkbox"/> Minua <input type="checkbox"/> Huollettavaani <input type="checkbox"/> Päämiestäni / edunvalvottavaani koskevia potilaskertomustietoja	
Tietoja saa hankkia, mistä? (lääkäriin nimi, terveyskeskus, sairaalan nimi)	
Suostumus koskee seuraavia potilaskertomustietoja:	
Erityistä huomioon otettavaa:	
Päivämäärä, suostumuksen antajan allekirjoitus ja nimenselvennys	