ASIAKIRJATILAUS



PL 14

98101 KEMIJÄRVI

Puh 040 719 2418 Fax 016 815569

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
| Potilaan nimi (myös nimenmuutokset) | | | Henkilötunnus | |
| Tilaaja (laitos tai henkilö) | | | Aineiston käyttäjä | |
| Tilaajan osoite | | | Tilaava yksikkö | |
| KOPIOITAVA AINEISTO | | Erikoisala | | Hoitojakso tai – aika |
| Muu täsmennys halutusta aineistosta | | | | |
| Toimitusaika viimeistään | | | | |
| Vakuutan potilaan olevan tietoinen, että hänen sairaskertomuksistaan tilataan kopioita eikä hän kiellä sitä  Päivämäärä | Hoitavan lääkärin tai hänen edustajansa allekirjoitus  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| POTILAAN SUOSTUMUS  Suostun siihen, että edellä mainitulle tilaajalle luovutetaan sairaskertomuksestani edellä määritelty tietoaineisto kopioina  Päivämäärä | Potilaan tai hänen holhoojansa allekirjoitus  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

25.2.03 J.H & L.H