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 sitäPäivämäärä      | Hoitavan lääkärin tai hänen edustajansa allekirjoitus\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| POTILAAN SUOSTUMUSSuostun siihen, että edellä mainitulle tilaajalle luovutetaan sairaskertomuksestani edellä määritelty tietoaineisto kopioinaPäivämäärä        | Potilaan tai hänen holhoojansa allekirjoitus\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

25.2.03 J.H & L.H