



## SUOSTUMUS POTILASTIETOJEN LUOVUTTAMISEEN JA LUOVUTUSPYYNTÖ

<b>Potilas, jota pyyntö koskee</b>	Sukunimi ja etunimet sekä syntymäaika		
	Entinen osoite (täytetään, jos kotikunta muuttunut)		
<b>Luovutuksen pyytäjä/ saaja</b>	Nimi	Virka-/tehtävänimike	Puhelin
	Toimintayksikkö/toimipaikka	Osoite	
<b>Tietojen luovuttaja</b>	Toimintayksikkö (sairaala/terveyskeskus)		
<b>Luovutettavat tiedot jäljenteinä (tarvittaessa asiakirjojen nimet)</b>	<input type="checkbox"/> Kaikki potilaskertomuksen tiedot		
	<input type="checkbox"/> Potilaskertomuksen tiedot ajalta:		
	<input type="checkbox"/> Hoitotiivistelmä (epikriisi) ajalta:		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		

## SUOSTUMUS POTILASTIETOJEN LUOVUTTAMISEEN JA LUOVUTUSPYYNTÖ

<b>Potilas, jota pyyntö koskee</b>	Sukunimi ja etunimet sekä syntymäaika		
	Entinen osoite (täytetään, jos kotikunta muuttunut)		
<b>Luovutuksen pyytäjä/ saaja</b>	Nimi	Virka-/tehtävänimike	Puhelin
	Toimintayksikkö/toimipaikka	Osoite	
<b>Tietojen luovuttaja</b>	Toimintayksikkö (sairaala/terveyskeskus)		
<b>Luovutettavat tiedot jäljenteinä (tarvittaessa asiakirjojen nimet)</b>	<input type="checkbox"/> Kaikki potilaskertomuksen tiedot		
	<input type="checkbox"/> Potilaskertomuksen tiedot ajalta:		
	<input type="checkbox"/> Hoitotiivistelmä (epikriisi) ajalta:		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		