



Järvenpään Sosiaali- ja Terveyskeskus
Avosairaanhoidon vastaanottopalvelut
Lääkärintuikuja 1
04410 Järvenpää
fax 09 - 2719 3276
puh 09 - 2719 31

POTILASTIETOJEN PYYNTÖ

Päiväys ____ . ____ . 20 ____

Toimintayksikkö tai vastaava
jolta tietoja pyydetään

Potilaan täydellinen nimi
(myös entiset)

Henkilötunnus

Halutut tiedot
(laatu, osasto tai vastaava, vuosi)

Seuraavat allekirjoitukset ovat vaihtoehtoiset:

Vakuutan, että tiedot tulevat terveydenhuollon
ammattihenkilön käyttöön potilaan tutkimuksen
tai hoidon järjestämiseksi potilaan tai hänen
laillisen edustajansa suostumuksen mukaisesti.
(Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 13§)

Potilaan tai hänen laillisen
edustajansa allekirjoitus

Lääkäriin / tilaajan allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys