

Pyyntö / suostumus potilastietojen luovuttamiseen Begäran / tillstånd att utlämna patientuppgifter

Potilaan nimi / Patientens namn	Henkilötunnus / Personsignum
Kotiosoite / Hemadress	Postinumero ja postitoimipaikka / Postnummer och postaddress

Annan suostumukseni siihen, että minua koskevat potilastiedot; Jag ger mitt tillstånd till, att mina patientuppgifter;	
<input type="checkbox"/> luovutetaan Kuninkaantien työterveyden käyttöön delges Kungsvägens arbetshälsa	
<input type="checkbox"/> luovutetaan Kuninkaantien työterveydestä utlämnas av Kungsvägens arbetshälsa	
<input type="checkbox"/> potilaskertomus kokonaisuudessaan / patientjournalen i sin helhet	
<input type="checkbox"/> vain valitut tiedot, mitkä? / endast vissa uppgifter, vilka?	
Tiedot luovuttava tai vastaanottava yksikkö / Enhet som delger eller mottar uppgifterna	Osoite / Address Enhet som delger uppgifterna
Kungsvägens Arbetshälsa Teknikbågen 1 06100 Borgå	

<input type="checkbox"/> Pyydän itselleni kopion potilaskertomuksestani Jag begär en kopia av min patientjournal

Päiväys / Datum	Allekirjoitus / Underskrift
-----------------	-----------------------------

<input type="checkbox"/> Luovutuksesta vastaava lääkäri on tarkastanut potilasasiakirjat/ Läkaren som ansvarar för utlämningen av patientuppgifterna har kontrollerat patientjournalen
Päiväys / Datum
Allekirjoitus / Underskrift