

Tilaaja

Vastaanottaja (mistä tilataan)

Päijät-Hämeen Hyvinvointikuntayhtymä/ Kirjaamo

Keskussairaalankatu 7

15850 Lahti

Pyydetään lähettämään: postitse esapal telekopiona nro _____

POTILASTIEDOT

Nimi _____

Hetu _____

Pyydämme ystävällisesti lähettämään potilaan tutkimuksen ja hoidon järjestämiseksi seuraavat tiedot:

 Sairauskertomukset paikkakunnalle muuton vuoksi Potilaskertomuskopiot

erikoisala _____

hoitoaika _____

 Röntgenkuvat lainaksi (lainausaika on kaksi viikkoa).

POTILAAN KIRJALLINEN SUOSTUMUS

*Suostun terveydentilaani koskevien tietojen luovuttamiseen yllämainitulle tilaajalle, myös telekopioina lähetettäviin.*_____
potilaan (huoltajan) allekirjoitus ja nimen selvennys

POTILAAN SUULLINEN TAI ASIAYHTEYDESTÄ ILMENEVÄ SUOSTUMUS

(ellei potilaan/huoltajan allekirjoitusta)

Vakuutan, että em. potilasasiakirjatietojen luovuttamiseen on potilaan suullinen suostumus

tai

 asiayhteydestä muuten ilmenevä suostumus

____ / ____ 20

Hoitavan lääkärin / tilaajan allekirjoitus