

**BEGÄRAN OM PATIENTJOURNALKOPIOR
POTILASKERTOMUSKOPIOIDEN PYYNTÖ**

Namn / Nimi _____

Personbeteckning/Henkilötunnus : _____

Kopiorna beställs från:

Kopiot tilataan: _____

Avdelning/mottagning/pkl

Osasto/vastaanotto/pkl: _____

För vilken tid

Miltä ajalta : _____

Gällande medicinering, annat:

Koskien lääkitystä, muuta : _____

Vaccinationskort / Rokotuskortti

Undertecknad godkänner att vald aktör beställer
kopior av min patientjournal och att journalkopior
får faxas (överstreckas ifall kopior ej får faxas).

Allekirjoittanut hyväksyy että valittu toimija saa tilata
jäljennöksen potilaskertomuksestani ja että kopiot saa
faksata (yliviivataan mikäli ei saa faksata).

Korsholm/Mustasaari, Gamla Karperövägen/Vanha Karperöntie 17B 65610, Fax/Faksi 06-327 7465

Oravais/Oravainen, Öurvägen 25/Öurintie 25, 66800, Fax/Faksi 06 385 2227

Vörå/Vöyri, Läkarvägen 3/Läkärintie 3, 66600, Fax/Faksi 06 385 2310

Undertecknad önskar själv få kopior ur den egna patientjournalen

Allekirjoittanut toivoo saavansa itselleen kopiot potilaskertomuksesta

Hämtas/Potilas hakee _____ / _____ 20

Skickas till adress

Lähetetään osoitteeseen: _____

Ort och datum / Paikka ja aika: _____

Patientens underskrift / Potilaan allekirjoitus:

Ifylls av personalen/Henkilökunta täyttää :

- Begäran om sjukjournalkopior har mottagits per telefon
Sairaskertomuskopioiden pyyntö on vastaanotettu puhelimitse
- Kopiorna har sänts per post/ överlämnats Kopiot on lähetetty postitse/luovutettu
till den registrerade/rekisteröidylle
- Kopiorna har överlämnats/ Kopiot on luovutettu

Till _____ lle

Uppgifterna har lämnats av/
Tiedot on luovuttanut

Namn/Nimi

tjänsteställning/virka-asema