



Hoidon nopea ja joustava järjestäminen edellyttää usein potilastietojen luovuttamista muille potilasta hoitaville lääkäreille ja terveydenhuollon toimintayksiköille. Pyydämme suostumustanne hankkia/luovuttaa Teidän/ huollettavanne tietoja alla määrittelemällänne tavalla käytettäväksi tulevissa hoitotilanteissa.

Potilaan nimi, henkilötunnus	
Annan suostumukseni hankkia/luovuttaa hoitoani/huollettavani hoitoa koskevia potilastietoja sairaanhoitopiirin potilastietorekisterin ulkopuolelta/ulkopuolelle	
Hankinta-/ luovutusyksikkö	
Suostumus koskee seuraavia potilastietoja	<input type="checkbox"/> kaikki potilastiedot
	<input type="checkbox"/> potilastiedot ajalta:
	<input type="checkbox"/> muut potilastiedot, mitkä
Suostumuksen allekirjoitus	Vahvistan suostumuksen allekirjoituksellani Suostun siihen, että tietoni saa lähettää telekopiona <input type="checkbox"/>
	Pvm. Allekirjoitus
	Potilaan/huoltajan/ edunvalvojan nimen selvennys

Tietojen toimitusosoite	
------------------------------------	--