



ASIAKASASIAKIRJOJEN LUOVUTTAMINEN / HANKKIMINEN

Potilaan nimi,
henkilötunnus

Annan suostumukseni LUOVUTTAA minua/huollettavani koskevia asiakastietoja

Tiedot luovuttava yksikkö Loviisan perusturvakeskus

Tietojen saaja

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> lähettävä lääkäri | <input type="checkbox"/> muu hoitava lääkäri |
| <input type="checkbox"/> terveyskeskuslääkäri | <input type="checkbox"/> hammaslääkäri |
| <input type="checkbox"/> työterveyshuolto | <input type="checkbox"/> muu taho, esim. hoitolaitos/omainen,
nimi: |

Luovutettavat tiedot; suostumus koskee seuraavia asiakastietoja

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> kaikki hoitotiedot | <input type="checkbox"/> röntgentutkimustiedot ajalta: |
| <input type="checkbox"/> hoitotiedot ajalta: | <input type="checkbox"/> hammashoitotiedot ajalta: |
| <input type="checkbox"/> hoitotiivistelmä (epikriisi) ajalta: | <input type="checkbox"/> muut tiedot, mitkä: |
| <input type="checkbox"/> laboratoriotutkimustiedot ajalta: | |

Annan suostumukseni HANKKIA minua/huollettavani koskevia asiakastietoja

Mistä tietoja saa hankkia?

Hankittavat tiedot; suostumus koskee seuraavia asiakastietoja

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> kaikki hoitotiedot | <input type="checkbox"/> röntgentutkimustiedot ajalta: |
| <input type="checkbox"/> hoitotiedot ajalta: | <input type="checkbox"/> hammashoitotiedot ajalta: |
| <input type="checkbox"/> hoitotiivistelmä (epikriisi) ajalta: | <input type="checkbox"/> muut tiedot, mitkä: |
| <input type="checkbox"/> laboratoriotutkimustiedot ajalta: | |

**Osoite mihin tiedot
lähetetään**

Suostumus

Vahvistan suostumuksen
allekirjoituksellani

Kielto

En anna suostumustani
asiakastietojeni/huollettavani
asiakastietojen luovuttamiseen
ja vahvistan kiellon allekirjoituksellani

Pvm

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Tämän suostumuksen tai kiellon voi peruuttaa kirjallisesti milloin tahansa