



IHOTALO
IHOTAUDIT | ESTETIIKKA

POTILASASIAKIRJOJEN LUOVUTUS/PYYNTÖ

Asiakkaan nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Tiedot ajalta: _____

Asiantuntijat, joiden vastaanotolla asiakas on käynyt:

Tiedot luovutetaan toisen terveydenhuollon toimintayksikön käyttöön:

Nimi: _____

Osoite: _____

Haluan tiedot omaan käyttöön, pyydän lähettämään ne osoitteeseen:

Osoite: _____

Paikka ja päiväys: _____

Asiakkaan / huoltajan allekirjoitus: _____

Nimenselvennys: _____

Tulen noutamaan toimipisteestä:

Ajankohta: _____

Kenen toimesta, pvm: _____

pyyntö jätetty henkilökohtaisesti, henkilöllisyys tarkistettu

pyydetty tiedot noudetaan henkilökohtaisesti, henkilöllisyys tarkistetaan noudon yhteydessä