

OMIEN POTILASASIAKIRJOJEN TILAUS

Saapumispäivä _____

Julkl 621/1999.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992

Vastaanottajan tiedot:

Äänekosken terveyskeskus	
Toimipiste, minkä tietoja pyydetään:	

Potilastiedot:

Nimi	
Henkilötunnus (pv.kk.vv-nnnn)	
Toimitusosoite	_____ (voi olla potilaan ilmoittama muukin kuin kotiosoite, esim. yksityinen lääkäriasema)
Postinumero ja - toimipaikka	
Puhelin	
Hoitoaika jolta asiakirjat tilataan	

PYYDÄN

Tulosteet kaikista kirjauksista

Yhteenvedot kirjauksista

Röntgentutkimuslausunnosta

Muu, mikä?

Paikka	Päiväys	Allekirjoitus ja nimenselvennys
--------	---------	---------------------------------

Allekirjoitettu pyyntö lähetetään alla olevaan osoitteeseen:

Äänekosken terveyskeskus

Potilaskertomusarkisto

Terveyskatu 8

44100 Äänekoski

Puh. 040 139 9793