



POTILASTIETOJEN PYYNTÖ

POTILAS JOTA PYYNTÖ KOSKEE	Sukunimi (myös aikaisemmat), etunimet:	Henkilötunnus:
	Osoite:	Puh:
TIETOJEN PYYTÄJÄ (jos muu kuin potilas)	Sukunimi, etunimet:	Virka-/tehtävänimike:
	Osoite/toimipaikka:	Puh:
TIETOJEN LUOVUTTAJA	Toimintayksikkö (sairaala/terveyskeskus):	
Mikä on tietojen pyytäjän suhde potilaaseen: (Rastittakaa oikea vaihtoehto)	<input type="checkbox"/> 1. potilaan lähiomainen <input type="checkbox"/> 2. potilaan nimeävä edustaja <input type="checkbox"/> 3. potilasta hoitava terveydenhuollon ammattihenkilö <input type="checkbox"/> 4. muu, mikä? _____	
MITÄ TIETOJA PYYDETÄÄN? (Rastittakaa oikea vaihtoehto)	<input type="checkbox"/> kaikki potilaskertomuksen tiedot <input type="checkbox"/> seuraavat potilasasiakirjat/potilaskertomuksen tiedot yksilöitynä <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> työterveyshuollon tiedot	
MILTÄ AJALTA?		
TIETOJEN KÄYTTÖTARKOITUS (Luovutuksen saaja ei saa käyttää tai luovuttaa tietoja edelleen muuhun tarkoitukseen.)	Potilaan <input type="checkbox"/> terveyden- ja sairaanhoito <input type="checkbox"/> hoito työterveyshuollossa <input type="checkbox"/> hammashoito <input type="checkbox"/> muu, mikä? _____	
Päiväys ja tietojen pyytäjän allekirjoitus:		

POTILAAN ANTAMA SUOSTUMUS (Mikäli allekirjoitusta ei ole mahdollista saada, hoitavan tahon osalta ks. PotL 13§ K 2,3)	Annan suostumukseni em. tietojen luovutukseen (pvm ja allekirjoitus)	
	Allekirjoittajan nimen selvennys	
Lisätietoja		

Lomakkeen lähetysosoite:
Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymä
PL 13
11101 Riihimäki

Faksi:
019 758 5502

Tiedustelut:
019 758 5729
019 758 5500
(vaihde)