

Suostumusasiakirjapyyntö

Vastaanottaja

Suostumus potilas- ja asiakastietojen hankkimiseen

Hoidon nopea ja joustava järjestäminen edellyttää usein potilas- ja asiakastietojen luovuttamista muille potilasta hoitaville lääkäreille ja terveydenhuollon toimintayksiköille. Pyydämme suostumustanne hankkia Teitä/huollettavanne tietoja alla määrittelemällämme tavalla käytettäviksi tulevissa hoitotilanteissa

Tiedot	Nimi (myös nimen muutokset)	
	Henkilötunnus	
	Osoite	
	Puhelin	
Terveydenhuollon yksikkö, josta hoitoani/huollettavani hoitoa koskevia tietoja pyydetään		
Tiedot pyytävä yksikkö		Tilauksen pyytjä, terveydenhuollon yksikkö, osasto, pki ja lähetysosoite
Peruste tilaukselle	Jatkohoito	
	Lähettävälle terveydenhuollon toimintayksikölle /lääkärille	
	Terveyskeskuslääkärille/ omalääkärille	
	Muulle taholle (esim. omaiselle, nimi)	
Pyydettävät tiedot	Suostumus koskee seuraavia potilas- ja asiakasasiakirjojani (tarpeeton yliviivataan) kaikki hoitotiedot/kaikkien hoitokokonaisuuksien tiedot hoitotiedot/hoitokokonaisuuden tiedot ajalta: tämän hoitokokonaisuuden tiedot hoitotiivistelmä (epikriisi) ajalta: vain laboratoriotutkimustiedot ajalta: vain röntgentutkimustiedot ajalta: muut tiedot, mitkä	
Lisätietoja		
Suostumus	Annan suostumuksen <input type="checkbox"/> luovutuksesta	
Päiväys	Paikka ja aika	
Allekirjoitus	Suostumuksen antajan allekirjoitus ja nimenselvennys	