**Suostumus potilastietojen luovuttamiseen/hankkimiseen**

|  |  |
| --- | --- |
| Potilaan nimi, henkilötunnus |       |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Annan suostumukseni luovuttaa hoitoani koskevia potilaskertomustietoja | [ ]  Annan suostumukseni hankkia hoitoani/huollettavani hoitoa koskevia potilaskertomustietoja |
| Tiedot luovuttava yksikkö:      | Tiedot saava yksikkö:      |
| Tietoja saa luovuttaa kenelle:(omaisen nimi/edunvalvoja, henkilötunnus)      | Tietoja saa hankkia mistä:(terveyskeskus, sairaala)      |
| Luovutettavat/hankittavat tiedot:      |
| Erityistä huomioonotettavaa      |
| Suostumuksen allekirjoitus | Vahvistan suostumuksen [ ]  luovutuksesta [ ]  hankkimisestaallekirjoituksellani\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     Päiväys, allekirjoitus ja nimenselvennys |