



Potilaskertomuskopioiden tilaus

Potilaan nimi	Henkilötunnus
Tietojen lähetysosoite	
Puhelinnumero	

Haluan kopiot seuraavista yksiköistä/tiedoista

Keskussairaala
 Terveysasema, mikä _____
 Psykiatria

Epikriisit
 Lausunnot (esim. B-lausunto)
 Muu, mitä (esim. rtg-lausunto, labrat):

Haluan tiedot ajalta: _____

Radiologian osasto laskuttaa röntgenkuvista 30 € tällä hetkellä

Päiväys ____ / ____ 20__

Potilaan/hoitajan allekirjoitus _____

Lomakkeen lähetysosoite:
Kainuun keskussairaala
Potilaskertomusarkisto
Sotkamontie 13, 87300 Kajaani