



|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| Potilaan nimi,<br>henkilötunnus |  |
|---------------------------------|--|

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Annan suostumukseni luovuttaa hoitoani koskevia potilaskertomustietoja | <input type="checkbox"/> Annan suostumukseni hankkia hoitoani/huollettavani hoitoa koskevia potilaskertomustietoja  |
| Tiedot luovuttava yksikkö:  | Tiedot saava yksikkö:   |
| Tietoja saa luovuttaa kenelle:<br>(omaisen nimi/edunvalvoja, henkilötunnus)                     | Tietoja saa hankkia mistä:<br>(terveyskeskus, sairaala)   |
| Luovutettavat/hankittavat tiedot:   |   |
| Erityistä huomioonotettavaa   |   |
| Suostumuksen allekirjoitus  | Vahvistan suostumukseni <input type="checkbox"/> luovutuksesta <input type="checkbox"/> hankkimisesta allekirjoituksellani<br><br><hr/><br>Päiväys, allekirjoitus ja nimenselvennys |