



Potilaan nimi, 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: (omaisen nimi/edunvalvoja, henkilötunnus)	Tietoja saa hankkia mistä: (terveyskeskus, sairaala)
Luovutettavat/hankittavat tiedot:	
Erityistä huomioonotettavaa	
Suostumuksen allekirjoitus	Vahvistan suostumukseni <input type="checkbox"/> luovutuksesta <input type="checkbox"/> hankkimisesta allekirjoituksellani  <hr/> Päiväys, allekirjoitus ja nimenselvennys