



## Potilaskertomuskopioiden pyyntö Kainuun sotesta

Potilaan nimi	Henkilötunnus
Aikaisempi nimi	Huoltajan nimi
Puhelinnumero	
Tietojen lähetysosoite	

Haluan kopiot seuraavista terveydenhuollon yksiköistä/tiedoista

Keskussairaala  
 Terveysasema, mikä \_\_\_\_\_

Lääkärin tekstit  
 Laboratoriotulokset  
 Röntgenlausunnot  
 Röntgenkuvat, esim. mri-kuvat, muut sähköiseen kuva-arkistoon tallennetut tutkimukset esim. isotooppitutkimukset, hammastutkimukset, dermatologiset valokuvaukset.

Psykiatrian tiedot  
 Rokotustiedot (muut tiedot kohtaan viimeinen koulu ja päättämivuosi)  
 Muut tiedot, mitä \_\_\_\_\_

Haluan tiedot ajalta: \_\_\_\_\_

Samat potilaskertomuskopiot tai röntgenkuvat on oikeus saada kerran vuodessa maksutta. Emme voi toimittaa Kainuun soten ulkopuolisia hoitolaitoksia koskevia pyyntöjä. Huoltajan/laillisen edustajan on osoitettava oikeutensa tiedonsaantiin

Päiväys \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Potilaan/huoltajan allekirjoitus \_\_\_\_\_

Lomakkeen lähetysosoite:  
Kainuun keskussairaala, Potilaskertomusarkiston kirjaamo, Sotkamontie 13, 87300 Kajaani