

POTILASASIAKIRJAPYYNTÖ / VALTAKIRJA

BESTÄLLNING AV PATIENTDOKUMENT / FULLMAKT

Potilas:
Patient:

Henkilötunnus:
Personbeteckning:

Ajalta:
För tiden:

Hoito:
Vård:

KENELLE LUOVUTETAAN / ÖVERLÅTES ÅT :

Hoitolaitos:
Vårdinrättning:

tai / eller

Nimi:
Namn:

Henkilötunnus:
Personbeteckning:

Päiväys:
Datum:

Potilaan lupa:
Patientens tillåtelse:

allekirjoitus/underskrift

Sairaala Eira Oy
Laivurinkatu 29
00150 Helsinki

Eira sjukhus Ab
Skepparegatan 29
00150 Helsingfors

puh. (09) 1620 570 fax (09) 1620 579