

POTILASASIAKIRJAPYYNTÖ / VALTAKIRJA

BESTÄLLNING AV PATIENTDOKUMENT / FULLMAKT

Potilas:

Patient: _____

Henkilötunnus:

Personbeteckning: _____

Ajalta:

För tiden: _____

Hoito:

Vård: _____

KENELLE LUOVUTETAAN / ÖVERLÅTES ÅT:

Potilaalle itselleen
Åt patienten själv

Hoitolaitos:
Vårdinrättning: _____

VALTAKIRJA HENKILÖLLE / FULLMAKT TILL:

Nimi:
Namn: _____

Henkilötunnus:

Personbeteckning: _____

Päiväys:

Datum: _____

Potilaan lupa:

Patientens tillåtelse: _____

Allekirjoitus / Underskrift

Todistajat:

Vittnen: _____

Todistaja 1 / Vittne 1

Todistaja 2 / Vittne 2

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Underskrift och namnförtydligande

Sairaala Eira Oy
Laivurinkatu 29
00150 Helsinki
puh. 09 1620 570

Eira sjukhus Ab
Skepparegatan 29
00150 Helsingfors
fax 09 1620 579