

POTILASASIAKIRJAPYYNTÖ / VALTAKIRJA**BESTÄLLNING AV PATIENTDOKUMENT / FULLMAKT****PATIENT RECORD REQUEST / AUTHORIZATION**

Potilas:

Patient:

Patient: _____

Henkilötunnus:

Personbeteckning:

Personal identity number: _____

Ajalta:

För tiden:

For the period: _____

Hoito:

Vård:

Treatment: _____

KENELLE LUOVUTETAAN / ÖVERLÅTES ÅT / RECIPIENT OF THE INFORMATION:☐

Potilaalle itselleen

Åt patienten själv

To the patient personally

☐

Hoitolaitos:

Vårdinrättning:

Healthcare facility: _____

Päiväys:

Datum:

Date: _____

Potilaan lupa:

Patientens tillåtelse:

Patient's authorization: _____

Allekirjoitus / Underskrift / Signature

VALTAKIRJA HENKILÖLLE / FULLMAKT TILL / AUTHORIZATION TO:☐

Nimi:

Namn:

Name: _____

Henkilötunnus:

Personbeteckning:

Personal identity number: _____

Valtakirjan todistajat:

Fullmaktens vittnen:

Witnesses to the authorization: _____

Todistaja 1 / Vittne 1 / Witness 1_____
Todistaja 2 / Vittne 2 / Witness 2

Allekirjoitus ja nimenselvennys:

Underskrift och namnförtydligande:

Signature and printed name: _____