|  |  |
| --- | --- |
| Vastaanottaja: | Suomen Terveystalo Oy |
| Toimipaikka: |  |

**Potilasasiakirjapyynnön esittäjä**

|  |  |
| --- | --- |
| Potilaan nimi: |  |
|  | Entinen nimi: |
| Henkilötunnus: |  |
| Osoite: |  |

Pyydän seuraavat tiedot omaan käyttööni:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Toivottu tietojen luovutustapa:

Terveystalon toimipaikassa  Toimitetaan postitse  Toimitetaan digitaaliseen asiointikanavaan

|  |  |
| --- | --- |
| Päiväys     /    20 |  |
|  | Allekirjoitus ja nimenselvennys: |

*Terveystalo täyttää*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Henkilöllisyys todettu:  Ajokortti  Passi  Muu, mikä:

Potilasasiakirjojen luovuttaja:

|  |  |
| --- | --- |
| /    20 |  |
| Päiväys | Allekirjoitus ja nimenselvennys: |