|  |  |
| --- | --- |
| 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:  |