

Vastaanottaja: Suomen Terveystalo Oy

Toimipaikka: _____

Potilasasiakirjapyyntöön esittäjä

Potilaan nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Osoite: _____

Pyydän seuraavat tiedot omaan käyttööni:

Tietojen luovutus:

Terveystalon toimipaikassa

Toimitetaan postitse

Päiväys
___ / ___ 20

Allekirjotus ja nimen selvennys:

Terveystalo täyttää

Henkilöllisyys todettu:

Ajokortti

Passi

Muu: mikä

Potilasasiakirjojen luovuttaja:

___ / ___ 20

Päiväys

Allekirjotus ja nimen selvennys:

