|  |  |
| --- | --- |
| **Vastaanottaja** | Suomen Terveystalo Oy |
| **Toimipaikka** |       |
| **Potilasasiakirjapyynnön esittäjän tiedot** |
| Etu- ja sukunimi | Henkilötunnus |
|       |       |
| Osoite |
|       |
| Puhelinnumero | Sähköpostiosoite |
|       |       |
| **Pyydän seuraavat tiedot omaan käyttööni** |
|       |
| [ ]   | Potilasasiakirjapyyntö koskee asiointiani Terveystalossa ostopalveluasiakkaana (esim. hyvinvointialueen, työnantajan oman työterveyshuollon tai toisen terveydenhuollon palvelunjärjestäjän maksusitoumus, palveluseteli tai ostopalveluvaltuutus). |
| **Valitse tietojen luovutustapa** |
| [ ]  | Toimitetaan salatulla sähköpostilla | [ ]   | Toimitetaan postitse | [ ]   | Noudetaan toimipaikasta |
| [ ]   | Toimitetaan Terveystalo -sovellukseen/verkkopalveluun (ei koske suunterveyttä) |
| **Pyynnön esittäjän allekirjoitus** |
| Päiväys | Allekirjoitus ja nimenselvennys |
|       |       |
| **Terveystalo täyttää** |
| Lomakkeen vastaanottopäivä | Lomakkeen vastaanottaneen työntekijän kuittaus ja nimen selvennys |
|       |       |
| **Pyynnön esittäjän henkilöllisyys todennettu** |
| [ ]   | Passi (voimassa oleva) | [ ]   | Ajokortti (Suomen viranomaisen myöntämä) |
| [ ]  | Poliisin myöntämä kuvallinen henkilökortti | [ ]  | Muu, mikä:       |