|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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: | | |