



Potilaan nimi	Henkilötunnus
Tietojen lähetysosoite	
Puhelinnumero	

Haluan kopiot:

Sairauskertomusmerkinnöistä *

Röntgen-kuvista (CD) **

Haluan tiedot ajalta:

* Potilaskertomuskopiot on oikeus saada kerran vuodessa maksutta

** Röntgen tutkimuksien poltto cd:lle on maksullinen (16€)

Torniossa _____ / _____

Potilaan / huoltajan allekirjoitus _____

Henkilöllisyys tarkistettu (pyyntöä jätettäessä / asiapapereita luovutettaessa)

_____ / _____

Tarkastajan nimi _____

Lomakkeen lähetysosoite:

Tornion terveyskeskus / arkisto, Sairaalakatu 1, 95400 Tornio