



Potilaskertomuskopioiden tilaus

Potilaan nimi	Henkilötunnus
Tietojen lähetysosoite	
Puhelinnumero	

Haluan kopiot:

Sairauskertomusmerkinnöistä *

Röntgen-kuvista (CD) **

Haluan tiedot ajalta:

* Potilaskertomuskopiot on oikeus saada kerran vuodessa maksutta

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

Torniossa ____ / ____ 20 ____

Potilaan / huoltajan allekirjoitus _____

Henkilöllisyys tarkistettu ____ / ____ _____ Tarkastajan nimi

Lomakkeen lähetysosoite:

Tornion terveyskeskus / arkisto, Sairaalakatu 1, 95400 Tornio