

Hoidon nopea ja joustava järjestäminen edellyttää usein potilastietojen luovuttamista muille potilasta hoitaville lääkäreille ja terveydenhuollon toimintayksiköille. Pyydämme suostumustanne saada luovuttaa tai hankkia Teidän/huollettavanne tietoja alla määrittelemällänne tavalla käytettäväksi tulevissa hoitotilanteissa.

Potilaan nimi, henkilö- tunnus	
<input type="checkbox"/> Annan suostumukseni LUOVUTTAAN lähettävälle lääkärille ja jatkohoidosta huolehtiville terveydenhuoltoyksiköille/lääkäreille itseäni/huollettavaani koskevat kaikki jatkohoidon kannalta tarpeelliset hoitotiedot.	<input type="checkbox"/> Annan suostumukseni HANKKIA itseäni/huollettavaani koskevia kaikkia hoidon kannalta tarpeellisia tietoja. Tiedot voi pyytää seuraavista hoitopaikoista:
<input type="checkbox"/> Rajoitan potilaskertomustietojen LUOVUTTAMISTA siten, että suostumus koskee	<input type="checkbox"/> Rajoitan potilaskertomustietojen HANKKIMISTA seuraavasti:
<input type="checkbox"/> vain tätä hoitoa koskevia tietoja	<input type="checkbox"/> terveyskeskus: _____
<input type="checkbox"/> potilaskertomustietoja ajalta:	<input type="checkbox"/> sairaala: _____
<input type="checkbox"/> muu rajoitus:	<input type="checkbox"/> muu hoitopaikka: _____
<input type="checkbox"/> Kiellän tietojen LUOVUTTAMISEN	<input type="checkbox"/> Kiellän tietojen HANKKIMISEN
Erityistä huomioon- otettavaa	
Allekirjoitus	Pvm. Allekirjoitus