

Potilaan koko nimi (myös entiset) / Patientens fullständiga namn (inklusive tidigare namn) / Patient's full name (including former names)	Henkilötunnus / Personbeteckning / Personal identity code
Halutut tiedot / Begärd information / Requested information <input type="checkbox"/> Lääkärintekstit / Medicinska texter / Medical texts <input type="checkbox"/> Laboratoriotulokset / Laboratorieresultat / Laboratory results <input type="checkbox"/> Röntgenlausunnot / Röntgenrapporter / X-ray reports <input type="checkbox"/> Muu, mitä / Annat, vad / Other, please specify *Huom! / Obs! / Note! Röntgenkuvat ja muut kuvantamistutkimusten kuvakopiot filataan HUS Diagnostiikkakeskuksen omalla lomakkeella . / Röntgenbilder och andra kopior av bilddiagnostiska undersökningar begärs med HUS Diagnostikcentrums egen blankett . / X-ray images and other image copies of imaging examinations are requested using the HUS Diagnostic Center's own form .	
Sairaala/hoitopaikka ja hoitovuosi, joilta tiedot halutaan / Sjukhus/vårdställe och vårdår som begäran gäller / Hospital/place of treatment and year of treatment from which information is requested	
Tilajän puhelinnumero / Beställarens telefonnummer / Requester's phone number	Toimitusosoite / Leveransadress / Delivery address
Päivämäärä / Datum / Date	Allekirjoitus ja nimenselvennys / Underskrift och namnförtydligande / Signature and name in block letters

Ohje:

Täytetty lomake lähetetään osoitteeseen:
 HUS Arkisto, PL 435, 00029 HUS
 Fax (09) 471 86465

Anvisning:

Den ifyllda blanketten skickas till:
 HUS Arkiv, PB 435, 00029 HUS
 Fax (09) 471 86465

Instructions:

The completed form is sent to:
 HUS Archive, P.O. Box 435, 00029 HUS
 Fax (09) 471 86465