**Suostumus potilastietojen luovuttamiseen/hankkimiseen**

|  |  |
| --- | --- |
| Potilaan nimi, henkilötunnus |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Annan suostumukseni luovuttaa hoitoani koskevia potilaskertomustietoja | | Annan suostumukseni hankkia hoitoani/huollettavani hoitoa koskevia potilaskertomustietoja |
| Tiedot luovuttava yksikkö: | | Tiedot saava yksikkö: |
| Tietoja saa luovuttaa kenelle:  (omaisen nimi/edunvalvoja, henkilötunnus) | | Tietoja saa hankkia mistä:  (terveyskeskus, sairaala) |
| Luovutettavat/hankittavat tiedot: | | |
| Erityistä huomioonotettavaa | | |
| Suostumuksen allekirjoitus | Vahvistan suostumuksen  luovutuksesta  hankkimisesta  allekirjoituksellani  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Päiväys, allekirjoitus ja nimenselvennys | |