**Potilaskertomustietojen kopiopyyntö**

|  |  |
| --- | --- |
| Potilaan nimi      | Henkilötunnus      |
| Aikaisempi nimi      | Huoltajan nimi      |
| Puhelinnumero      |
| Tietojen lähetysosoite           |

|  |
| --- |
| Haluan kopiot seuraavista terveydenhuollon yksiköistä/tiedoista [ ]  Keskussairaala[ ]  Terveysasema, mikä      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  Lääkärin tekstit[ ]  Laboratoriotulokset[ ]  Röntgenlausunnot[ ]  Röntgenkuvat, esim. mri-kuvat, muut sähköiseen kuva-arkistoon tallennetut tutkimukset esim. isotooppitutkimukset, hammastutkimukset, dermatologiset valokuvaukset. [ ]  Psykiatrian tiedot[ ]  Rokotustiedot (muut tiedot kohtaan viimeinen koulu ja päättämisvuosi)[ ]  Muut tiedot, mitä      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Haluan tiedot ajalta:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Samat potilaskertomuskopiot tai röntgenkuvat on oikeus saada kerran vuodessa maksutta. Emme voi toimittaa Kainuun hyvinvointialueen ulkopuolisia hoitolaitoksia koskevia pyyntöjä.

Huoltajan/laillisen edustajan on osoitettava oikeutensa tiedonsaantiin

Päiväys       /       20

Potilaan/huoltajan allekirjoitus

Lomakkeen lähetysosoite:

Kainuun keskussairaala, Potilaskertomusarkiston kirjaamo, Sotkamontie 13, 87300 Kajaani