

Potilas- tai asiakaskertomustietojen pyyntö potilaan/asiakkaan suostumuksella

Vastaanotettu / 20

Potilaan/asiakkaan sukunimi (myös entiset) ja etunimet	Henkilötunnus
Pyydetävät kertomustiedot	
Tilaajan nimi	Puhelinnumero
Potilas- tai asiakaskertomustietojen toimitussoite	
Päiväys	Potilaan/asiakkaan/huoltajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Allekirjoitettu lomake toimitetaan osoitteeseen Raision kaupunki, PL 100, 21201 Raisio. Kuoreen otsikoksi "se sosiaali- ja terveyskeskuksen yksikkö, jolle pyyntö osoitetaan".

Raision sosiaali- ja terveyskeskuksen yksikkö täyttää		
Toimitettavat tiedot		
Aika ja paikka	Päätöksentekijän allekirjoitus ja nimenselvennys	
Lähetys- ja luovutusmerkinnät	Toimituspäivä	Jäljennösten määrä