



Vastaanotettu / 20

Potilaan sukunimi (myös entiset) ja etunimet	Henkilötunnus
Pyydettävät potilaskertomustiedot	
Tilaajan nimi	Puhelinnumero
Potilaskertomustietojen toimitusosoite	
Päiväys / 20	Potilaan/ huoltajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Allekirjoitettu lomake toimitetaan osoitteeseen Raision kaupunki, PL 100, 21201 Raisio. Kuoreen otsikoksi "sosiaali- tai terveystoimen yksikkö josta pyyntö halutaan"

Raision terveyskeskus täyttää Toimitettavat tiedot:		
Aika ja paikka	Päätöksentekijän allekirjoitus ja nimenselvennys	
Lähetys-/ luovutusmerkinnät	Toimituspäivä	Jäljennösten määrä