



SUOSTUMUS POTILASTIETOJEN LUOVUTTAMISEEN

Potilaan nimi ja
henkilötunnus: _____

Suostun, että seuraavat potilastietoni luovutetaan:

Tiedot: _____

Ajalla: _____

Kenelle/minne tiedot luovutetaan:

Suostumuksen vastaanottaneen työntekijän nimi, tehtävä, pvm:

Tiedot luovutettu pvm: _____

Henkilö, jolle tiedot luovutettu _____

Nimen selvennys: _____

Henkilöllisyys tarkistetaan suostumuksen tekemisen ja tietojen luovuttamisen yhteydessä.