

Nimi ja henkilötunnus			
Annan suostumukseni			
<input type="checkbox"/> HANKKIA hoitoani/huollettavan hoitoa koskevia sairauskertomustietoja		<input type="checkbox"/> LUOVUTTAA hoitoani koskevia sairauskertomustietoja	
Tiedot saava yksikkö:		Tiedot luovuttava yksikkö:	
Tietoja saa hankkia mistä: (sairaala, terveyskeskus)		Tietoja saa luovuttaa kenelle: (omaisen nimi/edunvalvoja, henkilötunnus)	
Hankittavat tiedot	Suostumus koskee seuraavia sairauskertomustietoja	Luovutettavat tiedot	Suostumus koskee seuraavia sairauskertomustietoja
<input type="checkbox"/>	hoitotiivistelmä (epikriisi) ajalta:	<input type="checkbox"/>	hoitotiedot ajalta:
<input type="checkbox"/>	laboratoriotutkimukset ajalta:	<input type="checkbox"/>	laboratoriotutkimustiedot ajalta:
<input type="checkbox"/>	kuvantamistutkimukset ajalta:	<input type="checkbox"/>	kuvantamistutkimukset ajalta:
<input type="checkbox"/>	muut tiedot, mitkä:	<input type="checkbox"/>	muut tiedot, mitkä:
Erityistä huomioitavaa			
Suostumuksen allekirjoitus		Vahvistan suostumuksen <input type="checkbox"/> luovutuksesta <input type="checkbox"/> hankkimisesta allekirjoituksellani	
		Pvm Allekirjoitus	
		potilaan/huoltajan/edunvalvojan nimenselvennys	
Kiellon allekirjoitus		<input type="checkbox"/> Kiellän hoitotietojeni luovuttamisen ja vahvistan kiellon allekirjoituksellani	
		Pvm Allekirjoitus	
		Nimenselvennys	

Tämän suostumuksen tai kiellon voin peruuttaa/muuttaa kirjallisesti tai suullisesti milloin tahansa.