



ETELÄ-SAVON SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄ

POTILASTIETOJEN PYYNTÖ

Saapumispvm:

Vastaanottaja:

Lähetysosoite:
Mikkelin keskussairaala
Potilasasiakirjakeskus
Porrassalmenkatu 35-37
50100 Mikkeli

Henkilötiedot (kenen tietoja pyydetään)	Sukunimi, etunimet	Henkilötunnus
	Osoite (jonne asiakirjat lähetetään)	Puh.

Pyydän valokopioita/tulosteita Etelä-Savon sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymän potilasrekisteristä seuraavista minua koskevista tiedoista:

Erikoisala/hoitopaikka _____

Aika, jolta em. tiedot halutaan: _____

Päiväys	<input type="text"/>
Omakätinen allekirjotus	<input type="text"/>
Kopiointiohje/-lupa	<input type="text"/>
Päiväys	<input type="text"/>
Lääkärin allekirjotus	<input type="text"/>