

## LUPA TERVEYSKERTOMUSASIAKIRJOJEN HANKKIMISEEN

Suostun siihen, että minua / alaikäistä lastani koskevat terveystiedot voidaan pyytää

\_\_\_\_\_ neuvolaan / kouluun \_\_\_\_\_ neuvolasta / koulusta  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ väliseltä ajalta / kaikki tiedot.

Potilaan nimi: \_\_\_\_\_

Henkilötunnus: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

Paikka

\_\_\_\_\_  
Allekirjoitus / huoltajan allekirjoitus

Terveyshistoriasiakirjat pyydetään lähettämään osoitteeseen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tilaaajan nimi ja virka-asema

Puh. \_\_\_\_\_

Sähköpostiosoite \_\_\_\_\_