



Patientens namn Potilaan nimi	
Tidigare efternamn Entinen sukunimi	
Personbeteckning Henkilötunnus	
Från vilken vårdinrättning Mistä hoitolaitoksesta	
Avdelning/mottagning/pkl Osasto/vastaanotto/pkl	
Från vilken tid Miltä ajalta	
Beställare Tilaja	Staden Jakobstad, Social- och hälsovårdsverket Pietarsaaren kaupunki, Sosiaali- ja terveystoimisto Enhet Yksikkö _____ Adress Osoite _____ Telefon Puhelinnumero _____ Fax Faksi _____
Godkännande Suostumus	Undertecknad godkänner att Social- och hälsovårdsverket beställer kopior av min patientjournal och/eller att journalkopior får faxas (överstreckas ifall kopior ej får faxas). Allekirjoittanut hyväksyy, että Sosiaali- ja terveystoimisto saa tilata jäljennöksen potilaskertomuksestani ja/tai että kopiot saa faksata (yliviivataan mikäli ei saa faksata).
Patientens underskrift Potilaan allekirjoitus	Ort och datum Paikka ja aika _____ Underskrift Allekirjoitus _____ Namnförtydligande Nimen selvennys _____

