

Patientens namn Potilaan nimi	
Personbeteckning Henkilötunnus	
Vidarebefordrande vårdinrättning Läheittävä hoitolaitos	Staden Jakobstad, Social- och hälsovårdsverket Pietarsaaren kaupunki, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Pb/PI 111, 68601 JAKOBSTAD/PIETARSAARI Telefon/Puhelinnumero (06) *786 1111
Avdelning/mottagning/pkl Osasto/vastaanotto/pkl	
Från vilken tid Miltä ajalta	
Mottagare Vastaanottaja	Vårdinstans Hoitolaitos _____ Enhet Yksikkö _____ Adress Osoite _____ Telefon Puhelinnumero _____ Fax Faksi _____
Godkännande Suostumus	Undertecknad godkänner att utskrift/kopior/röntgenbilder ur egen/minderårigs journal sänds eller faxas (överstreckas ifall kopior ej får faxas). Allekirjoittanut hyväksyy että tulosteet/kopiot/röntgenkuvat omasta/alaikäisen lapsen potilaskertomuksesta lähetetään eteenpäin tai faksataan (yliviivataan mikäli ei saa faksata).
Patientens underskrift Potilaan allekirjoitus	Ort och datum Paikka ja aika _____ Underskrift Allekirjoitus _____ Namnförtydligande Nimen selvennys _____