

Mottagen / 20

Patientens efternamn (även tidigare) och alla förnamn		Personbeteckning
Uppgifter som begärs		
<input type="checkbox"/> kopia av patientjournal <input type="checkbox"/> kopia av uppgifter om laboratorieresultat <input type="checkbox"/> utlåtande om avbildningsundersökning (röntgen, magnet mm.)* <input type="checkbox"/> annan, vilken		
Ort, vårdenhet från vilken uppgifter begärs		
Enhet inom hälsovården (sjukhus eller hälsovårdscentral) från vilken uppgifter begärs		
Tidsperiod som begäran gäller / annan precisering (till exempel orsak till vård)		
Beställarens namn		Beställarens telefonnummer
Leveransadress för patientjournaluppgifter		
<input type="checkbox"/> Jag använder tjänsten suomi.fi och jag vill att kopiorna tillställs där elektroniskt.		
Datum	Patientens/vårnads-havarens underskrift och namnförtydligande	
. .20		

Den undertecknade blanketten tillställs registraturen i Egentliga Finlands välfärdsområde.

Begäran kan tillställas per post: Egentliga Finlands välfärdsområde / registratur, PB 52, 20521 Åbo
 eller elektroniskt: via meddelandetjänsten Suomi.fi fritt formulerat utan blankett.
 (Anvisningar om elektronisk ärendehantering finns på vår webbplats
<https://www.vsshp.fi/fi/yhteystiedot/Sivut/kirjaamot.aspx>)

*) Röntgenbilder och andra undersökningsbilder beställs via servicen för överföring och lagring av röntgenbilder, tfn. 02 313 3633, <https://www.vsshp.fi/sv/toimipaikat/tyks/to11/radiologi/Sidor/kuvaverkkopalvelut.aspx>