



Potilaan nimi (myös nimen muutokset)	
Potilaan henkilötunnus	
Tilaajan nimi	
Tilaajan osoite ja puhelin	
Mitkä potilastietojen kopiot halutaan (erikoisala, hoitajakso tai -aika)	
Toimitusaika viimeistään	
Päiväys	
Potilaan tai hänen holhoojansa allekirjoitus ja nimenselvennys (pakollinen)	<hr/> Nimenselvennys:
Hoitavan tahon tilaus, jos potilaan tai hänen laillisen edustajansa allekirjoitusta ei ole mahdollista saada PotL 13.3 § K 2 PotL 13.3 § K 3	<hr/> Muun tilaajan (laitos tai henkilö) allekirjoitus ja nimenselvennys:

Täytetyn lomakkeen voi lähettää:

Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä
Potilaskertomusarkisto
PL 8041
96101 ROVANIEMI

tai Fax 016-328 2924

Tiedustelut numerosta:

040 688 8503