

Vastaanotettu / 20

Potilaan sukunimi (myös entiset) ja etunimet		Henkilötunnus	
Pyydetävät potilaskertomustiedot			
Tilaajan nimi		Puhelinnumero	
Potilaskertomustietojen toimitusosoite			
Päiväys	Potilaan tai hoitajan allekirjoitus ja nimenselvennys		
. 20			

**Allekirjoitettu lomake toimitetaan sen sairaalan arkistoon, josta tiedot pyydetään.**

Pyynnön voi toimittaa postitse: Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri/ kirjaamo, PL 52, 20521 Turku  
tai sähköisesti: Suomi.fi-viestipalvelun kautta vapaamuotoisesti ilman lomaketta  
(Sähköisen asiointin ohjeet internet-sivullamme <http://www.vsshp.fi/fi/yhteystiedot/Sivut/kirjaamot.aspx>)

<b>VSSHP täyttää</b>			
Toimitettavat tiedot:			
Aika ja paikka		Päätöksentekijän allekirjoitus ja nimenselvennys	
. 20			
Lähetys-/luovutusmerkinnät	Toimituspäivä	Jäljennösten määrä	Mahdollinen maksu
	. 20		