Tulosta

NIUVANNIEMEN SAIRAALA

Suostumus/kielto potilastietojen luovuttamiseen

9.1.2019

Potilas/tutkittava	
Henkilötunnus	

SUOSTUMUS

Annan luvan

☐ minua ☐ huollettavaani ☐ päämiestäni

koskevien potilastietojen luovuttamiseen.

Tietojen saaja	Osoite

Luovutettavat tiedot:

KIELTO

Kiellän

☐ minua ☐huollettavaani ☐ päämiestäni

kokevien potilastietojen luovuttamisen.

Päivämäärä ja allekirjoitus

____.____.20____

Tämän suostumuksen tai kiellon voi peruuttaa kirjallisesti milloin tahansa.

NS 5051 7/14