

**Terveyspalvelut**

**KENESTÄ TIETOJA PYYDETÄÄN**

Nimi	Henkilötunnus
Miltä ajalta tietoja pyydetään:	

**MITÄ TIETOJA PYYDETÄÄN**

<input type="checkbox"/> Sairaala, mikä sairaala:	
<input type="checkbox"/> Terveysasema, mikä terveysasema:	
<input type="checkbox"/> Tehostettu kotisairaanhoido (Tehosa)	<input type="checkbox"/> Hammashuolto
<input type="checkbox"/> Armilan kuntoutuskeskus	<input type="checkbox"/> Fysio- ja toimintaterapiapalvelut
<input type="checkbox"/> Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelut	<input type="checkbox"/> Lastenpsykiatria <input type="checkbox"/> Nuorisopsykiatria

**Lisäselvitys: (Määrittele halutut tiedot tarkasti, esim. hoitanut yksikkö, erikoisala, käynti)**

--

**Tietojen käyttötarkoitus, jos pyydetään toista henkilöä koskevia tietoja**

--

**Tietoja pyydetään**  kopiona asiakirjasta  nähtäväksi/luettavaksi

**ALLEKIRJOITUS**

Päiväys	
Tietojen pyytäjän allekirjoitus (pakollinen)	
Nimenselvennys	
Henkilötunnus	Puhelinnumero

**OSOITE, JOHON TIEDOT PYYDETÄÄN TOIMITTAMAAN**

Katuosoite	Postinumero ja postitoimipaikka
------------	---------------------------------

**ALAIKÄISEN MIELIPIIDE TIEDON LUOVUTTAMISEEN (Täytettävä pyydetessä yli 12 vuotiaan lapsen tietoja)**

<input type="checkbox"/> En vastusta tietojen luovuttamista	
Alaikäisen allekirjoitus (pakollinen)	
Nimenselvennys	

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimi siirtää tarvittaessa oma-aloitteisesti tämän tietopyynnön toimivaltaiselle viranomaiselle