NIUVANNIEMEN SAIRAALA

Suostumus/kielto potilastietojen luovuttamiseen

4.8.2014

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____

NS 5051 7/14

Tämän suostumuksen tai kiellon voi peruuttaa kirjallisesti milloin tahansa.