NIUVANNIEMEN SAIRAALA

Suostumus/kielto potilastietojen luovuttamiseen

Potilas/tutkittava	
Henkilötunnus	

SUOSTUMUS

Annan luvan

☐ minua ☐ huollettavaani ☐ päämiestäni

koskevien potilastietojen luovuttamiseen.

Tietojen saaja	Nimi	Osoite

Luovutettavat tiedot:

KIELTO

Kiellän

☐ minua ☐ huollettavaani ☐ päämiestäni

kokevien potilastietojen luovuttamisen.

Allekirjoitus	Päivämäärä ja allekirjoitus

Tämän suostumuksen tai kiellon voi peruuttaa kirjallisesti milloin tahansa.