

KALAJOEN TERVEYSKESKUS
Kalajoentie 5
85100 KALAJOKI
Puh. 044-469 1505
Faksi 08-469 1599



SUOSTUMUS

____/____20__

SAIRASKERTOMUSKOPIOIDEN /ASIAKIRJOJEN PYYNTÖ:

ASIAKAS: _____ HENKILÖTUNNUS: _____

SAIRAALA/PAIKKA
MISTÄ TILATAAN: _____

TILATTU AINEISTO: _____

TUTKIMUS- TAI HOITOAIKA: _____

ASIAKKAAN SUOSTUMUS:

Suostun siihen, että Kalajoen terveystieteiden keskukselle saa luovuttaa em. aineistot sairaskertomuksistani.

Kalajoki ____/____ 20__

allekirjoitus