

Paikka, josta tilataan / luovutetaan
--------------------------------------

Potilaan nimi ja henkilötunnus	Potilaan nimi (myös nimen muutokset)	Henkilötunnus
Haluttu aineisto	sairaskertomus terveystarkastusasiakirjat laboratoriovastaukset röntgenlausunnot muu, mikä:	ajalta: ajalta: ajalta: ajalta: ajalta:
Toimitusaika	Viimeistään	
Käyttötarkoitus	Potilaan jatkohoito	Muu syy, mikä
Tiedot pyydetään lähettämään	Tilaaja / luovuttaja PIRTE Vuolteenkatu 1 33100 Tampere p. (03) 5656 4600	Tilaaajan / luovuttajan nimi
Asiakkaan kirjallinen suostumus	Päiväys	Allekirjoitus

Asiakkaan henkilöllisyys  
tarkistettu

Vastaanottajan nimi