



Potilaskertomustietojen kopiopyyntö

Potilaan nimi	Henkilötunnus
Aikaisempi nimi	Huoltajan nimi
Puhelinnumero	
Tietojen lähetysosoite	

Haluan kopiot seuraavista terveydenhuollon yksiköistä/tiedoista

- Keskussairaala
 Terveysasema, mikä _____
- Lääkärin tekstit
 Laboratoriotulokset
 Röntgenlausunnot
 Röntgenkuvat, esim. mri-kuvat, muut sähköiseen kuva-arkistoon tallennetut tutkimukset esim. isotooppitutkimukset, hammastutkimukset, dermatologiset valokuvaukset.
- Psykiatrian tiedot
 Rokotustiedot (muut tiedot kohtaan viimeinen koulu ja päättämivuosi)
 Muut tiedot, mitä _____

Haluan tiedot ajalta: _____

Samat potilaskertomuskopiot tai röntgenkuvat on oikeus saada kerran vuodessa maksutta. Emme voi toimittaa Kainuun hyvinvointialueen ulkopuolisia hoitolaitoksia koskevia pyyntöjä. Huoltajan/laillisen edustajan on osoitettava oikeutensa tiedonsaantiin

Päiväys ____ / ____ 20____

Potilaan/huoltajan allekirjoitus _____

Lomakkeen lähetysosoite:
Kainuun keskussairaala, Potilaskertomusarkiston kirjaamo, Sotkamontie 13, 87300 Kajaani