



Vastaanottaja

Oulunkylän kuntoutuskeskus sr
Ylilääkäri
Käskynhaltijantie 5
00640 HELSINKI

HAKIJA TÄYTTÄÄ

Henkilötiedot	Etunimet	Sukunimi
	Henkilötunnus	Puhelinnumero
	Sähköpostiosoite	
	Katuosoite	
	Postinumero	Postitoimipaikka
Kopiopyyntö	<input type="checkbox"/> Kopio potilaskertomuksesta <input type="checkbox"/> Kopio laboratoriotutkimustiedoista <input type="checkbox"/> Röntgentutkimuslausunnot <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	
Hoitovuosi	Ajankohta, jolloin potilas on ollut hoidettavana Oulunkylän kuntoutuskeskuksessa:	
Pvm	Potilaan/hoitajan/hoitajan allekirjoitus ja nimenselvitys	

VASTAANOTTAJA TÄYTTÄÄ

Pyyntö vastaanotettu pvm	
Pyynnön vastaanottajan nimi	
Henkilöllisyys tarkastettu	<input type="checkbox"/> Virallinen henkilökortti/passi/ajokortti/kuvallinen Kela-kortti <input type="checkbox"/> Muu, mikä
Rekisterinpitäjän toimenpiteet	<input type="checkbox"/> Pyydetty tiedot on luovutettu. <input type="checkbox"/> Pyydettyjä tietoja ei luovutettu. Kieltäytymisen syy:
Päiväys	Allekirjoitus ja nimenselvitys