

Handlingar begärs av Työplus Yhtiöt Oy
Adress: Mariegatan 26, 67200 KARLEBY

Uppgifter önskas via: Fax till numret _____

Post till adressen

Uppgifterna utlämnas till klienten

Klientens namn: _____

Personbeteckning: _____

Undersöknings- eller vårdplats från vilken uppgifterna utlämnas:

Adress: _____

Undersökningar som gjorts och vård som getts, tid (uppgifter om vad som utlämnas och från vilken tid):

Klientens arbetsgivare: _____

Betydelsen av detta samtycke har förklarats för mig och jag har förstått den. Jag har också granskat tillsammans med en yrkesperson inom hälsovården de patienthandlingar som omfattas av detta samtycke och som gäller mig, och förstått deras innehåll.

Jag samtycker till att patienthandlingar som gäller mig överförs till Työplus patientjournalarkiv.

Jag förbjuder att mina patienthandlingar överförs till Työplus patientjournalarkiv.

Datum ___ / ___ 20___

Klientens samtycke

Datum ___ / ___ 20___

Underskrift av handlingarnas utlämnare/överförare