

**Asiapapereiden pyytäjä**  Työplus Yhtiöt Oy  
Osoite: Mariankatu 26, 67200 KOKKOLA

**Tiedot halutaan:**  Postitse osoitteeseen

Tiedot luovutetaan asiakkaalle

**Asiakkaan nimi:** \_\_\_\_\_

**Henkilötunnus:** \_\_\_\_\_

**Tutkimus- tai hoitopaikka, mistä tiedot luovutetaan:**

**Osoite:** \_\_\_\_\_

**Tehdyt tutkimukset ja hoidot, aika** (tiedot siitä, mitä luovutetaan ja miltä ajalta):

**Asiakkaan työnantaja:** \_\_\_\_\_

Minulle on selitetty tämän suostumuksen merkitys ja olen sen ymmärtänyt. Olen myös tarkastellut tähän suostumukseen sisältyvät, minua koskevat potilasasiakirjat terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa ja ymmärtänyt niiden sisällön.

Suostun minua koskevien potilasasiakirjojen siirtoon Työplussan sairauskertomusarkistoon.

Kiellän potilasasiakirjojeni siirron Työplussan sairauskertomusarkistoon.

Pvm \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Asiakkaan suostumus

Pvm \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Asiapapereiden luovuttajan/siirron tekijän allekirjoitus

