

Patientens efternamn (även tidigare) och alla förnamn		Personbeteckning	
Patientjournaluppgifter som begärs			
Beställarens namn		Telefon	
Adress dit patientjournaluppgifterna ska skickas			
Datum	Patientens / vårdnadshavarens underskrift och namnförtydligande		

Den undertecknade blanketten skickas till arkivet för det sjukhus varifrån handlingarna begärs. Begäran kan lämnas in per post: Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt och Åucs registreringskontor, PB 52, 20521 Åbo
elektroniskt: via Suomi.fi meddelanden informellt utan formuläret
(Anvisning för Suomi.fi meddelanden finns på <https://www.vsshp.fi/sv/yhteystiedot/Sidor/kirjaamot.aspx>)

Fylls i av Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt			
Toimitettavat tiedot:			
Päiväys		Päätöksentekijän allekirjoitus ja nimenselvennys	
Lähetys-/luovutusmerkinnät	Toimituspäivä	Jäljennösten määrä	Mahdollinen maksu