

Vastaanotettu / Received / 20

Patient's last, middle and first names (also previous names)		Personal identity code	
Requested patient register data			
The name of the requester		Telephone number	
The delivery address			
Date	The patient's or his/her guardian's signature and print name		
. .20			

Signed form is to be delivered to the archive of the hospital the data is required from.

The request can be delivered by mail (address: Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri/kirjaamo, PL 52, 20521 Turku). A free-form request can also be sent electronically via Suomi.fi Messages. (Instructions for E-Services can be found on our homepage (<http://www.vsshp.fi/en/yhteystiedot/Pages/kirjaamot.aspx>.)

The Hospital District of Southwest Finland fills in/VSSHHP täyttää:			
Toimitettavat tiedot:			
Aika ja paikka		Päätöksentekijän allekirjoitus ja nimenselvennys	
. .20			
Lähetys-/luovutusmerkinnät	Toimituspäivä	Jäljennösten määrä	Mahdollinen maksu
	. 20		

