

## POTILASASIAKIRJAPYYNTÖ / VALTAKIRJA

### BESTÄLLNING AV PATIENTDOKUMENT / FULLMAKT

Potilas:

Patient:

Henkilötunnus:

Personbeteckning:

Ajalta:

För tiden:

Hoito:

Vård:

### KENELLE LUOVUTETAAN / ÖVERLÅTES ÅT:

Potilaalle itselleen

Åt patienten själv

Hoitolaitos:

Vårdinrättning:

Päiväys:

Datum:

**Potilaan lupa:**

**Patientens tillåtelse:**

Allekirjoitus / Underskrift

### VALTAKIRJA HENKILÖLLE / FULLMAKT TILL:

Nimi:

Namn:

Henkilötunnus:

Personbeteckning:

Valtakirjan todistajat:

Fullmaktens vittnen:

Todistaja 1 / Vittne 1

Todistaja 2 / Vittne 2

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Underskrift och namnförtydligande

**Sairaala Eira Oy**  
Laivurinkatu 29  
00150 Helsinki  
puh. 09 1620 570

**Eira sjukhus Ab**  
Skepparegatan 29  
00150 Helsingfors  
fax 09 1620 579