

Nimi (myös aikaisemmat sukunimet)	Henkilötunnus
Osoite	
Postinumero ja -toimipaikka	Puhelinnumero
Potilaskertomuskopioiden toimitusosoite	
Olen (rastita oikea vaihtoehto) <input type="checkbox"/> Potilas <input type="checkbox"/> Huoltaja/laillinen edunvalvoja, nimi ja puhelinnumero:	
Asiakirjojen tilaaminen (valitse sopiva toimitusmuoto): <input type="checkbox"/> Potilaskertomuskopioiden tilaus (0 €)	
Pyydän kopiot koskien seuraavaa terveysasemaa tai hoitolaitosta* Siun työterveys Oy	
Pyydän kopiot seuraavista potilasasiakirjoistani (yksilöikää mahdollisimman selkeästi asiakirjat, joita kopiotilauksenne koskee (esim. sairaus, vamma, hoitojakso, aikaväli)	
Päivämäärä, allekirjoitus ja nimen selvennys.	
Saapunut, pvm. (työterveys täyttää)	

Postitse toimitettavan lomakkeen tulee olla päivätty ja omakätisesti allekirjoitettu. Mikäli allekirjoitus puuttuu, ei pyydettyjä asiakirjoja voida toimittaa. Lomake lähetetään suoraan Siun työterveys Oy:lle, Noljaantie 17 a B, 80130 Joensuu.

Julkisuuslaki 11 § ja 24 §, kohta 25