



\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Tilataan:	
Tilaaaja Järvisseudun Työterveys Oy Kallaveden Työterveys Oy	Aineiston käyttäjä
Tilaaajan toimipisteen osoite	
Potilaan nimi	Henkilötunnus
Kopioita aineisto: erikoisala, hoitajakso tai aika	
Muu, mikä	
Kopioiden käyttötarkoitus: hoidon järjestäminen, työkyvyn arviointi	
Toimitusaika viimeistään	
Tilaaajan tai tilaaajan edustajan allekirjoitus	
Allekirjoitus ja nimenselvennys, puhelin	
<b>POTILAAN SUOSTUMUS</b>	
Suostun siihen, että edellä mainitulle tilaajalle luovutetaan sairauskertomuksestani edellä määritelty tietoaineisto kopioituna.	
___ / ___ / ___	Allekirjoitus ja nimenselvennys