

## POTILASASIAKIRJOJEN TILAUS

Nimi: \_\_\_\_\_

Nimi: \_\_\_\_\_

Henkilötunnus: \_\_\_\_\_

Henkilötunnus: \_\_\_\_\_

Hoitoaika- ja paikka:

\_\_\_\_\_

Suostun minua/ meitä koskevien

- Sairaskertomustietojen
- Laboratoriovastausten
- Hoito- ja solukarttojen
  
- muun materiaalin

luovuttamiseen

- omaan käyttöön
- Dextra Lapsettomuusklinikan käyttöön

Hoitava lääkäri: \_\_\_\_\_

Paikka ja aika: \_\_\_\_\_

Allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Allekirjoitus: \_\_\_\_\_