

## POTILASTIETOJEN LUOVUTUS MYYRMÄEN HAMMASLÄÄKÄRIASEMALLA

Potilasasiakirjat luovutetaan vain kirjallista pyyntöä vastaan. Luovutuspyyntölomakkeen voi ladata [www-sivuiltamme](#), noutaa vastaanotolta tai sen voi pyytää sähköpostiin toimitettavaksi. Röntgenkuvakopioista veloitetaan materiaalimaksu 5 eur ja lasku toimitetaan potilastietojen yhteydessä.

Luovutuspyyntö tulee täyttää, allekirjoittaa ja toimittaa Myyrmäen Hammaslääkäriasemalle. Tiedot käsitellään viikon sisällä pyynnön saapumisesta. Mikäli edellisestä käynnistäsi on yli 15 vuotta, potilastiedot pyritään käsittelemään kuukauden sisällä pyynnön saapumisesta.

Asiakkaan tulee todistaa henkilöllisyytensä kuvallisella henkilötodistuksella noutaessaan tilaamansa potilasasiakirjat. Jos asiakas haluaa jonkun muun noutavan paperit, asiakkaan henkilöllisyys todennetaan aina papereita pyydettyäessä ja noutaja tarvitsee valtakirjan. Valtakirjan haltijan tulee todistaa henkilöllisyytensä kuvallisella henkilötodistuksella.

Mikäli asiakas asuu kaukana tai ei muuten pääse paikan päälle noutamaan asiakirjoja, voidaan potilastiedot lähettää kirjattuna kirjeenä henkilökohtaisesti noudettaviksi postista. Lähetyksestä laskutetaan 20 euroa ja se maksetaan lähetyksen mukana olevalla laskulla. Mahdolliset lähetykset ulkomaille hinnoitellaan erikseen.

*Toimintatapamme pohjautuvat lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 sekä STM:n julkaisuun 2012:4 Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely.*

## POTILASASIAKIRJOJEN LUOVUTUS

Asiakkaan nimi \_\_\_\_\_

Henkilötunnus \_\_\_\_\_

Tiedot ajalta \_\_\_\_\_

Suostun minua koskevien tietojen luovuttamiseen:

- toimenpidetiedot
- röntgenkuvat (materiaalimaksu 5 €)
- radiologin lausunnot
- muu materiaali, mitä \_\_\_\_\_

Tiedot toimitetaan

- toisen terveydenhuollon toimintayksikön käyttöön:  
nimi \_\_\_\_\_  
osoite \_\_\_\_\_
- kirjattuna kirjeenä omaan osoitteeseeni (veloitus 20 €):  
osoite \_\_\_\_\_
- Noudan tiedot vastaanotolta henkilökohtaisesti, ilmoitus tekstiviestillä  
numeroon \_\_\_\_\_

Paikka ja päivämäärä \_\_\_\_\_

Asiakkaan/hoitajan allekirjoitus \_\_\_\_\_

.....

(Myyrmäen Hammaslääkäriasema täyttää)

- lomake vastaanotettu, pvm ja hlö \_\_\_\_\_
- tiedot käsitelty, pvm ja hlö \_\_\_\_\_
- henkilöllisyys tarkistettu, pvm ja hlö \_\_\_\_\_
- tiedot lähetetty/luovutettu, pvm ja hlö \_\_\_\_\_