

ASIAKKAAN TIEDOT	Nimi		Henkilötunnus	
	Lähiosoite		Postinumero ja -toimipaikka	Puhelin
PERUUTTAMAT- TOMAN VASTAAN- OTTOAJAN TIEDOT	Vastaanottaja, vastaanottopaikka		Päivämäärä . .20	
	Poisjäännin syy			
LUPA TIETOJEN KATSELUUN	Annan asian käsittelyn ajaksi luvan katsella potilastietojani päätöksen tekemiseen vaadittavassa laajuudessa.			
ALLEKIRJOITUS	Paikka ja aika		. .20	
	Allekirjoitus ja nimenselvennys			
PÄÄTÖS	<input type="checkbox"/> Hyväksytään <input type="checkbox"/> Hylätään Perustelut:			
ALLEKIRJOITUS	Paikka ja aika		. .20	
	Allekirjoitus ja nimenselvennys			

01/19

Lomakkeen palautusosoite: Rauman kaupunki/Sosiaali- ja terveystoimiala
Steniuksenkatu 2, 26100 Rauma (käyntiosoite)
PL 283, 26101 Rauma (postiosoite)