

ASIAKKAAN TIEDOT	Nimi		Henkilötunnus	
	Lähiosoite		Postinumero ja -toimipaikka	Puhelinnumero
LASKUN TIEDOT	Laskun numero			
	Vaatimuksen perustelu			
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			

12/19

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