



VIRTAIN TERVEYSKESKUS

Sairaalantie 1

34800 VIRRAT

Puh. 044 715 1073

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### POTILASASIAPAPEREIDEN SIIRTO

Potilaan nimi	Henkilötunnus
---------------	---------------

Pyydämme lähettämään seuraavat asiapaperit:

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

### POTILAAN SUOSTUMUS

Suostun yllä olevien tietojen siirtoon Virtain terveyskeskuksen käyttöön.

Suostun tietojen siirtoon faxilla.

\_\_\_\_\_  
Potilaan allekirjoitus ja nimenselvennys

Virrat \_\_\_\_/\_\_\_\_20\_\_\_\_

VIRTAIN TERVEYSKESKUS

psta\_\_\_\_\_