

Potilaan nimi

Henkilötunnus

Osoite

Kopioiden käyttötarkoitus

Kopioitava aineisto (hoitoaika, tarvittaessa mainittava rtg-kuvat ja lausunnot)

Päiväys

/ 20

Potilaan tai hänen laillisen edustajansa allekirjoitus

Nimenselvennys