

Potilaan koko nimi (myös entiset) / Patientens fullständiga namn (inklusive tidigare namn) / Patient's full name (including former names)		Henkilötunnus / Personbeteckning / Personal identity code	Tilaajan puhelinnumero / Beställarens telefonnummer / Requester's phone number
Halutut tiedot / Begärd information / Requested information ☐ Lääkärintekstit / Medicinska texter / Medical texts ☐ Röntgenlausunnot / Röntgenrapporter / X-ray reports ☐ Laboratoriotulokset / Laboratorieresultat / Laboratory results ☐ Muu, mitä / Annat, vad / Other, please specify			
Sairaala/hoitopaikka ja hoitovuosi, joilta tiedot halutaan / Sjukhus/vårdställe och vårdår som begäran gäller / Hospital/place of treatment and year of treatment from which information is requested			
Asiakirjojen toimitus ☐ Suojattu posti / Skyddad e-post / Secure email ☐ Noudetaan / Hämtas från Orton / Pick up from Orton ☐ Postitus / Per post / Postal delivery		Sähköposti / E-postadress / Email	
		Toimitusosoite / Leveransadress / Delivery address	
Päivämäärä / Datum / Date	Allekirjoitus ja nimenselvennys / Underskrift och namnförtydligande / Signature and name in block letters		

Ohje:

Täytetty lomake lähetetään osoitteeseen:
 Potilasasiat Orton Oy
 Tenholantie 10
 00280 Helsinki

Anvisning:

Den ifyllda blanketten skickas till:
 Potilasasiat Orton Oy
 Tenholantie 10
 00280 Helsinki

Instructions:

The completed form is sent to:
 Potilasasiat Orton Oy
 Tenholantie 10
 00280 Helsinki