

## TILLSTÅND ATT INHÄMTA OCH LÄMNA UT JOURNALHANDLINGAR (INKLUSIVE BILDDIAGNOSTIKDATA)

Klientens namn:

Personbeteckning:

**Jag samtycker till att Orton Oy får hämta mina journalhandlingar som är nödvändiga för att ordna min vård:**

ja \_\_\_

inte \_\_\_

Datum:

Klientens/vårdnadshavarens  
underskrift: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande:  
\_\_\_\_\_

**Jag samtycker till att Orton Oy får lämnar ut mina journalhandlingar:**

Till den som sköter om eftervården: ja \_\_\_ / nej \_\_\_\_\_

Till den remitterande läkaren: ja \_\_\_ / nej \_\_\_\_\_

Någon annan, vem:

Datum:

Klientens/vårdnadshavarens underskrift:  
\_\_\_\_\_

Namnförtydligande:  
\_\_\_\_\_

Klientens tillstånd gäller endast för en viss vårdhelhet. Blanketten arkiveras.

**Blanketten återlämnas** till sjukvårdspersonalen eller

\_\_\_\_\_



Sinun hoitoosi erikoistunut

Blanketten uppdaterat 4/2024

per post i förväg: Orton, Kundservice, Tenalavägen 10, 00280 Helsingfors

Datasäkert som skyddad e-post:

<https://www.turvaposti.fi/viesti/ajanvaraus@orton.fi>