



Valvira

Sosiaali- ja terveysalan
lupa- ja valvontavirasto

Viranomaisen täyttää:

Saapunut _____

Diaarinumero _____

Hakemus lääkkeen määräämiseksi

Hakija

Ammattioikeus (*sairaanhoitaja/ suuhygienisti/ optikko*)

Sukunimi (myös entiset) _____

Etunimet _____

Henkilötunnus / syntymäaika _____

Sitoudun ilmoittamaan Valviralle suomalaisen henkilötunnukseni heti sen saatuani.

Lähiosoite _____

Postinumero _____ Postitoimipaikka _____

Asuinkunta / maa _____

Puhelin _____ Sähköpostiosoite _____

Annan suostumukseni siihen, että täydennyspyynnöt voidaan toimittaa minulle sähköpostitse.

Haluan päätöksen (*päätös annetaan vain toisella kielellä*)

suomeksi

ruotsiksi

Lääkkeenmääräämisen koulutus

Suoritettu koulutus _____

Oppilaitos _____ Valmistumispäivä _____

Päiväys ja paikka _____



Valvira

Sosiaali- ja terveysalan
lupa- ja valvontavirasto

Viranomaisen täyttää:

Saapunut _____

Diaarinumero _____

Liitteet

Jos olet sairaanhoitaja, liitä mukaan todistus rajatun lääkkeenmääräämisen erikoispätevyyden edellyttämän koulutuksen suorittamisesta sekä vastaavan lääkärin kirjallinen määräys.

Jos olet optikko tai suuhygienisti, liitä mukaan todistus lääkkeenmääräämistä koskevan koulutuksen suorittamisesta.

Käsittely

Puutteellinen hakemus ja/tai puutteelliset hakemuksen liitteet viivästyttävät hakemuksen käsittelyä. Valvira ei palauta hakemusasiakirjoja.

Asian käsittelystä peritään maksu.

Lähtettäminen

Lähetä lomake liitteineen postitse osoitteella Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira, PL 43, 00521 Helsinki.

Vaihtoehtoisesti voit toimittaa täytetyn lomakkeen liitteineen sähköpostin liitetiedostona osoitteeseen kirjaamo@valvira.fi.

[Lisätietoja aineiston toimittamisesta sähköpostitse Valviraan.](#)

Koska sähköpostia ei suositella salassa pidettävien tietojen lähettämiseen, voit käyttää lähettämiseen [turvaviestiä](#).