

Lähetysosoite:
Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymä
Ylilääkäri
PL 5, 77601 Suonenjoki

Saapumispvm: ___/___20__

Vastaanottaja: _____

Henkilötiedot (kenen tietoja selvityspyyntö koskee)

Sukunimi, etunimet	Henkilötunnus
Lähiosoite	Postitoimipaikka
Puhelin	Sähköposti

Pyydän saada tietää, kuka on käsitellyt tai kenelle on luovutettu minusta / huollossa olevista lapsista potilasrekisteriin tallennettuja tietoja

Perustelut ja / tai mahdolliset väärinkäytösepäilyt (tiedot edellytetään*)

Aikaväli, jolta lokitietojen tarkistus pyydetään tekemään (enintään 2 vuotta päiväyksestä *)

_____ - _____

Tutustun tietoihin rekisterinpitäjän luona Haluan tiedot paperilla

Päiväys	Tietojen pyytäjän allekirjoitus ja nimenselvennys	Henkilötunnus
Osoite	Puhelinnumero	

Henkilöllisyyden todentaminen

Valtuuden tarkastaminen

Päiväys	Päiväys
Allekirjoitus ja nimenselvennys	Allekirjoitus ja nimenselvennys

Rekisterinpitäjän toimenpiteet

Selvityspyyntö hyväksytty, lokitiedot/vastaus lähetetty pyytäjälle, pvm _____

Selvityspyyntö evätty, kieltäytymistodistus lähetetty pyytäjälle, pvm _____

*) Tietoja luovutetaan asiakkaan oikeuksien selvittämistä tai toteuttamista varten. Kahta vuotta vanhempia lokitietoja ei luovuteta, ellei siihen ole erityistä syytä. Asiakas ei saa käyttää tai luovuttaa lokitietoja edelleen muuhun tarkoitukseen.

(Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, 18 §, 2 mom)