

Lähetysosoite:

Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymä

Saapumispvm: \_\_\_/\_\_\_20\_\_

Ylilääkäri

PL 5, 77601 Suonenjoki

Vastaanottaja: \_\_\_\_\_

Henkilötiedot (kenen tietoja pyydetään korjaamaan)	Sukunimi, etunimet	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelin

Pyydän, että  minusta  huollettavastani  päämiehestäni olevat tiedot korjataan Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymän potilastietorekisterissä.

Vaadin seuraavat tiedot muutettavaksi (mainitse sanatarkasti korjattava tieto, ehdotettu muutos ja perustelut):

Vaadin seuraavat tiedot poistettavaksi (mainitse sanatarkasti poistettava tieto ja perustelut):

Vaadin seuraavat tiedot täydennyksenä liitettäväksi potilasrekisteriin (mainitse perustelut):

Päiväys	Korjausta pyytävän allekirjoitus/nimenselvennys	Pyytäjän suhde potilaaseen
Osoite	Puhelin	

Rekisteröidyn vaatimuksesta rekisterinpitäjän on ilman aiheetonta viivytystä oikaistava, poistettava tai täydennettävä rekisterissä oleva, käsittelyn tarkoituksen kannalta virheellinen, tarpeeton, puutteellinen tai vanhentunut tieto. Jos tiedon korjaamisvaatimukseen ei suostuta, rekisterinpitäjä antaa oma-aloitteisesti asiaa koskevan kirjallisen kieltäytymistodistuksen, jossa mainitaan kieltäytymisen syy. (EU:n tietosuoj a-asetus artikla 12.4)

### Rekisterinpitäjän toimenpiteet

Korjauspyyntö hyväksytty, korjaukset tehty ja ilmoitettu siitä pyytäjälle, pvm

Korjauspyyntö evätty, kieltäytymistodistus lähetetty pyytäjälle, pvm

Päiväys ja allekirjoitus