



REKISTERITIE TOJEN TARKASTUSPYYNTÖ

Terveyspalvelut

Rekisterinpitäjä: KAARINAN KAUPUNKI / SOSIAALI- JA TERVEYSLAUTAKUNTA

Vastaanottaja: KAARINAN KAUPUNKI / TERVEYSPALVELUT (02) 588 2000
TIETOSUOJAVASTAAVA / PL 12, 20781 KAARINA

HAKIJA TÄYTTÄÄ

Pyydän saada tietää, mitä tietoja minusta huollettavasta on tallennettu ylläpitämääne
terveyspalveluiden potilastietorekisteriin

Haluan tarkistaa kaikki tietoni

Haluan seuraavat asiakirjat / tiedot:

Avosairaanhoido

Fysioterapia

Lastenneuvola

Sairaala osasto 1 2

Hammashuolto

Kotisairaala

Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto

Röntgen

Puheterapia

Laboratorio

Ehkäisyneuvola

Mielenterveys- ja päihdepalvelut

Äitiysneuvola

Lisäselvitys tarvittaessa:

(HUOM! Tulostaa vain näkyvillä olevan tekstin. Tarvittaessa lisää erilliselle liitteelle)

Haluan tarkistaa

ajanjaksolla olevat tiedot

Tiedot pyydetään

kopiona asiakirjasta

nähtäväksi/luettavaksi

PYYNNÖN ESITTÄJÄ

Pyynnön esittäjän omakätinen allekirjoitus ja nimenselvennys

Päiväys

Puhelinnumero

Henkilötunnus

Osoite johon tiedot pyydetään toimittamaan:

Katuosoite

Postinumero ja postitoimipaikka

Alaikäisen suostumus tiedon luovuttamiseen (Täytettävä pyydetessä yli 12 vuotiaan lapsen tietoja)

Alaikäisen nimi

Henkilötunnus

Hyväksyn tietojen luovuttamisen pyytäjälle

Alaikäisen allekirjoitus ja nimenselvennys

TIETOJEN LUOVUTTAJA TÄYTTÄÄ Tarkastusoikeuden toteutuminen

Tiedot annettu

nähtäväksi

kirjallisena selvityksenä

Pvm

Tietojen luovuttajan allekirjoitus ja ammatti

Jos rekisterinpitäjä epäi tarkastusoikeuteni, rekisterinpitäjän on annettava tästä kirjallinen kieltäytymistodistus. Kieltäytymistodistuksessa on mainittava myös kieltäytymisen syy.

Tarkastuspyyntöön vaaditaan allekirjoitus, konekielisenä tarkastuspyyntöä ei voi lähettää