

POTILASREKISTERITIE TOJEN TARKASTUSPYYNTÖ

EU:n yleisen tietosuojasetuksen (679/2016) 15 artiklan mukaan jokaisella on oikeus tarkastaa henkilörekisteriin tallennetut tietonsa tai ettei rekisterissä ole häntä koskevia tietoja.

Pyyntö	<p>Pyydän saada tietää, mitä tietoja <input type="checkbox"/> minusta tai <input type="checkbox"/> huollossani olevasta lapsesta on tallennettu potilasrekisteriin.</p> <p>Haluan tiedot <input type="checkbox"/> itselleni <input type="checkbox"/> toiseen terveydenhuollon toimipaikkaan</p> <p>Olen asioinut seuraavissa terveydenhuollon toimipisteissä:</p> <p><input type="checkbox"/> Sairaalassa, missä: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Terveysasemalla, missä: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hammashuollossa, missä: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Neuvolassa, koulu- tai opiskelijaterveydenhuollossa, missä: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Muussa terveydenhuollon toimipisteessä (esim. röntgen, psykologi, puheterapia, fysioterapia, sukupuolitautien pkl, kotisairaanhoido) missä: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Haluan tarkastaa tiedot ___/___/____ - ___/___/____ väliseltä ajalta olevista asiakirjoista.</p> <p><input type="checkbox"/> Asiakirja(t), jotka haluan tarkistaa: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Tutustun tietoihin rekisterinpitäjän luona.</p> <p><input type="checkbox"/> Haluan tiedot kopioina, jotka lähetetään saantitodistuskirjeenä kotiosoitteeseeni.</p> <p><input type="checkbox"/> Noudan kopiot ko. terveydenhuollon toimipisteestä.</p> <p><input type="checkbox"/> Tiedot lähetetään _____</p> <p>_____</p>
Pyynnön esittäjä (ja huollossa olevan lapsen nimi)	<p>Pyynnön esittäjän nimi, henkilötunnus (pakollinen) ja puhelinnumero</p> <p>_____</p> <p>Huollossani olevan lapsen nimi ja henkilötunnus (pakollinen)</p> <p>_____</p> <p>Pyynnön esittäjän osoite, postinumero ja postitoimipaikka</p> <p>_____</p>
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka, aika sekä allekirjoitus

Rekisterinpitäjän toimenpiteet	<p>Henkilöllisyys tarkastettu sekä suostumus tietojen luovuttamiseen:</p> <hr/> <p>Paikka ja aika</p> <hr/> <p>Hyväksyjän allekirjoitus ja nimenselvennys</p> <p>Tietojen luovuttaminen:</p> <hr/> <p>Paikka ja aika</p> <hr/> <p>Luovuttajan allekirjoitus ja nimenselvennys</p> <p>Tarkastuspyyntö osoitetaan rekisteriasioista vastaavalle/terveysaseman vastaavalle lääkärille potilasrekisterin tietosuojaselosteessa olevalle henkilölle ja lähetetään osoitteella: Vaasan sosiaali- ja terveystoimi, PL 241, 65101 Vaasa tai voidaan viedä suoraan ko. terveydenhuollon toimipisteeseen.</p> <p>Jos rekisterinpitäjä kieltäytyy antamasta tietoja, sen on annettava asiasta kirjallinen kieltäytymistodistus (EU:n yleinen tietosuojasetus, 12 artikla), jossa on mainittava myös kieltäytymisen syy.</p>
---------------------------------------	--