

ASIANOSAISEN TIEDONSAANTIPYYNTÖ (TERVEYSPALVELUT)

Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 11.1§:

”Asianosaisten oikeus tiedonsaantiin. Hakijalla, valittajalla sekä muulla, jonka oikeutta, etua tai velvollisuutta asia koskee (asianosainen), on oikeus saada asiaa käsittelevältä tai käsitelleeltä viranomaiselta tieto muunkin kuin julkisen asiakirjan sisällöstä, joka voi tai on voinut vaikuttaa hänen asiansa käsittelyyn.

Asianosaisella ei kuitenkaan ole oikeutta asiakirjaan, josta tiedon antaminen olisi vastoin erittäin tärkeää yleistä tai yksityistä etua taikka lapsen etua.”

Tietojen saaja ei saa käyttää tai luovuttaa tietoja edelleen muuhun tarkoitukseen. Tämän salassapitovelvollisuuden rikkominen on rangaistavaa rikoslain asianomaisten säännösten mukaisesti. Asiakas-/potilastietojen luovutuksesta tehdään aina merkintä potilas-/asiakasrekisteriin.

Mikäli pakolliset tiedot ovat puutteellisesti täytetty, pyyntöä ei välttämättä pystytä käsittelemään, jolloin asianosainen on velvoitettu antamaan pyyntöä koskevaa lisätietoa.

Pyyntö	<p>Pyydän tietoja seuraavien asiakirjojen/rekisteritietojen sisällöstä:</p> <p><input type="checkbox"/> Sairaala (kaupungin sairaalan osastot)</p> <p><input type="checkbox"/> Vastaanottopalvelut (mm. terveysasemat, neuvolat, opiskelija- ja kouluterveydenhuolto)</p> <p><input type="checkbox"/> Hammashuolto</p> <p><input type="checkbox"/> Kuntoutuspalvelut (mm. fysioterapia, puheterapia, toimintaterapia, psykologi)</p> <p><input type="checkbox"/> Muu terveydenhuolto (mm. röntgen, diabetesvastaanotto)</p> <p><input type="checkbox"/> Haluan tiedot ____/____/____ - ____/____/____ väliseltä ajalta olevista asiakirjoista.</p> <p><input type="checkbox"/> Asiakirja(t), joita halutaan: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Tarkat perustelut, miksi tietoja pyydetään ja mihin niitä käytetään:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Perustelu vaikuttaa siihen, mitä tietoja voidaan luovuttaa.</p> <p><input type="checkbox"/> Tutustun tietoihin rekisterinpitäjän luona.</p> <p><input type="checkbox"/> Haluan tiedot kopioina, jotka lähetetään saantitodistuskirjeenä kotiosoitteeseeni.</p>
---------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Kenen tietoja pyydetään	Sukunimi, etunimet (myös entiset nimet) ja henkilötunnus (pakollinen)
	Tietojen pyytäjä
Tietojen pyytäjän suhde henkilöön, jonka tietoja pyyntö koskee	Sukunimi, etunimet ja henkilötunnus (pakollinen)
	Osoite, postinumero ja postitoimipaikka sekä puhelinnumero
	<input type="checkbox"/> omainen (esim. puoliso, tytär/poika) <input type="checkbox"/> huoltaja (isä/äiti, edunvalvoja) <input type="checkbox"/> henkilön nimeämä edustaja (valtuutus vaaditaan) <input type="checkbox"/> muu, mikä: _____
	Tietojen pyytäjän asianosaisuusasema: _____
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja aika
	Pyynnön esittäjän allekirjoitus ja nimenselvennys
Valtuutus	Valtuutan alla mainitun henkilön pyytämään yllä mainitut tiedot: Henkilön nimi: _____ Henkilötunnus: _____
Päiväys, valtuuttajan allekirjoitus ja nimenselvennys	Päiväys: ____/____/20____ Allekirjoitus: _____ Nimenselvennys: _____ Pyyntö lähetetään palvelualuejohtajalle osoitteeseen: Vaasan sosiaali- ja terveystoimi, PL 241, 65101 Vaasa Sairaala (kaupungin sairaalan osastot): Markus Råback Vastaanottopalvelut: Leena Kettunen Hammashuolto: Katri Palo Kuntoutuspalvelut: Heikki Kaukoranta Muu terveydenhuolto: Markku Sirviö

Rekisterinpitäjän toimenpiteet:	<input type="checkbox"/> Tietojen pyytäjän/valtuutetun henkilöllisyys on tarkistettu.
Pyyntö	<input type="checkbox"/> hyväksytty <input type="checkbox"/> ei hyväksytty
Tiedot on annettu	<input type="checkbox"/> henkilökohtaisesti <input type="checkbox"/> pyytäjälle annettu tilaisuus tutustua tietoihin <input type="checkbox"/> lähetetty
Päiväys, allekirjoitus ja nimenselvennys	Perustelut: _____ _____ _____ Päiväys: ____/____/20____ Allekirjoitus: _____ Nimenselvennys: _____