

EN PARTS BEGÄRAN OM ATT TA DEL AV EN HANDLING (HÄLSOVÅRDSSERVICEN)

Lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet, 11.1 §

”En parts rätt att ta del av en handling. Den som i ett ärende är sökande eller anför besvär eller någon annan vars rätt, fördel eller skyldighet ärendet gäller (part) har rätt att hos den myndighet som behandlar eller har behandlat ärendet ta del av en myndighetshandling som kan eller har kunnat påverka behandlingen, även om handlingen inte är offentlig.

En part, hans ombud eller hans biträde har inte den avsedda rätten när utlämnande av uppgifter ur handlingen skulle strida mot ett synnerligen viktigt allmänt intresse, ett barns intresse eller ett annat synnerligen viktigt enskilt intresse.”

Mottagaren av uppgifterna får inte använda eller överlåta uppgifterna vidare för något annat ändamål. Att bryta mot denna sekretess är straffbart enligt vad som stadgas i strafflagen. I fråga om överlåtande av klient-/patientuppgifter görs alltid en anteckning i patient-/klientregistret.

Ifall de obligatoriska uppgifterna är bristfälligt ifyllda, går det nödvändigtvis inte att behandla begäran. Då är parten skyldig att ge de tilläggsuppgifter begäran berör.

Begäran	Jag begär uppgifter om innehållet i följande handlingar/registerdata:
	☐ Sjukhuset (stadssjukhusets avdelningar) ☐ Mottagningsservicen (bl.a. hälsostationerna, rådgivningarna, studerande- och skolhälsovården) ☐ Tandvården ☐ Rehabiliteringsservicen (bl.a. fysioterapin, talterapi, ergoterapi, psykolog) ☐ Annan hälsovård (bl.a. röntgen, diabetesmottagning) ☐ Jag önskar uppgifter från handlingar/dokument under tidsperioden ____/____/____ - ____/____/____ ☐ Handlingar/dokument, som önskas _____ _____ _____ ☐ Noggranna motiveringar, varför uppgifterna begärs och till vad de används: _____ _____ _____ _____ Motiveringarna påverkar, huruvida uppgifterna kan överlåtas. ☐ Jag bekantar mig med uppgifterna hos personuppgiftsansvariga. ☐ Jag önskar uppgifterna som kopior, som sänds till min hemadress som brev med mottagningsbevis.

Vems uppgifter begärs	Efternamn, förnamn (även tidigare namn) och personbeteckning (obligatoriskt)
Vem begär uppgifterna	Efternamn, förnamn och personbeteckning (obligatoriskt)
	Adress, postnummer, postanstalt och telefonnummer
Uppgiftsbegärens förhållande till personen som uppgifterna berör	☐ anhörig (t.ex. make/maka, dotter/son) ☐ målsman (fader/moder, intressebevakare) ☐ en av personen utnämnd representant (befullmäktigande behövs) ☐ annan, vad: _____ Behörighetsställning för den person som begär uppgifterna: _____
Datum och underskrift	Ort och tid
	Begärens underskrift och namnförtydligande
Befullmäktigande	Jag befullmäktigar nämnda person begära ovan nämnda uppgifter: Personens namn: _____ Personbeteckning: _____

Datum, befullmäktigares underskrift och namnförtydligande	Datum: ____/____/20____ Underskrift: _____ Namnförtydligande: _____ Begäran sänds till serviceområdeschefen på följande adress: Social- och hälsosektorn i Vasa, PB 241, 65101 Vasa Sjukhuset (stadssjukhusets avdelningar): Markus Råback Mottagningservice: Leena Kettunen Tandvården: Katri Palo Rehabiliteringservice: Heikki Kaukoranta Annan hälso- och sjukvård: Markku Sirviö
Personuppgiftsansvariges åtgärder: Begäran Uppgifterna har givits	☐ Identiteten för den som begär uppgifter/den befullmäktigade har kontrollerats. ☐ godkändes ☐ godkändes inte ☐ personligen ☐ begäraren har givits tillfälle att bekanta sig med uppgifterna ☐ sänts Motiveringar: _____ _____ _____
Datering, underskrift och namnförtydligande	Datum: ____/____/20____ Underskrift: _____ Namnförtydligande: _____