

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

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	<input type="checkbox"/> anhörig (t.ex. make/maka, dotter/son) <input type="checkbox"/> målsman (fader/moder, intressebevakare) <input type="checkbox"/> en av personen utnämnd representant (befullmäktigande behövs) <input type="checkbox"/> 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: _____

<p>Datum, befullmäktigares underskrift och namnförtydligande</p>	<p>Datum: ____/____/20____</p> <p>Underskrift: _____</p> <p>Namnförtydligande: _____</p> <p>Begäran sänds till serviceområdeschefen på följande adress:</p> <p>Social- och hälsosektorn i Vasa, PB 241, 65101 Vasa</p> <p>Sjukhuset (stadssjukhusets avdelningar): Markus Råback Mottagningservice: Satu Kärki Tandvården: tf. Hanna Kangasmaa Rehabiliteringservice: Heikki Kaukoranta Annan hälso- och sjukvård: Heikki Kaukoranta</p>
<p>Personuppgiftsansvariges åtgärder:</p>	<p><input type="checkbox"/> Identiteten för den som begär uppgifter/den befullmäktigade har kontrollerats.</p>
<p>Begäran</p>	<p><input type="checkbox"/> godkändes <input type="checkbox"/> godkändes inte</p>
<p>Uppgifterna har givits</p>	<p><input type="checkbox"/> personligen <input type="checkbox"/> begäraren har givits tillfälle att bekanta sig med uppgifterna <input type="checkbox"/> sänts</p> <p>Motiveringar: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Datering, underskrift och namnförtydligande</p>	<p>Datum: ____/____/20____</p> <p>Underskrift: _____</p> <p>Namnförtydligande: _____</p>