

ASIANOSAISEN TIEDONSAANTIPYYNTÖ (TERVEYSPALVELUT)

Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 11.15:

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

Kenen tietoja pyydetään	Sukunimi, etunimet (myös entiset nimet) ja henkilötunnus (pakollinen)
Tietojen pyytäjä	Sukunimi, etunimet ja henkilötunnus (pakollinen)
	Osoite, postinumero ja postitoimipaikka sekä puhelinnumero
Tietojen pyytäjän suhde henkilöön, jonka tietoja pyyntö koskee	☐ omainen (esim. puoliso, tytär/poika) ☐ huoltaja (isä/äiti, edunvalvoja) ☐ henkilön nimeämä edustaja (valtuutus vaaditaan) ☐ 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: Satu Kärki Hammashuolto: vs. Hanna Kangasmaa Kuntoutuspalvelut: Heikki Kaukoranta Muu terveydenhuolto: Heikki Kaukoranta

Rekisterinpitäjän toimenpiteet:	☐ Tietojen pyytäjän/valtuutetun henkilöllisyys on tarkistettu.
Pyyntö	☐ hyväksytty ☐ ei hyväksytty
Tiedot on annettu	☐ henkilökohtaisesti ☐ pyytäjälle annettu tilaisuus tutustua tietoihin ☐ lähetetty
Päiväys, allekirjoitus ja nimenselvennys	Perustelut: _____

	Päiväys: ____/____/20____
	Allekirjoitus: _____
	Nimenselvennys: _____