

Vastaanotettu ___/___/20___

Vastaanottaja _____

Tätä lomaketta voitte käyttää, kun haluatte pyytää yksittäisiä itseänne koskevia sosiaalihuollon asiakasasiakirjoja tai terveydenhuollon potilasasiakirjoja.

Julkisuuslain (621/1999) 12 §:n mukaan jokaisella on oikeus saada tieto itseään koskevasta asiakirjasta. Jokaisella on oikeus saada tieto hänestä itsestään viranomaisen asiakirjaan sisältyvistä tiedoista 11 §:n 2 ja 3 momentissa säädetyin rajoituksin, jollei laissa toisin säädetä.

Asiakas/potilastietojen luovutuksesta tehdään aina merkintä asiakas-/potilasrekisteriin.

Sosiaalihuollon asiakasrekisteri

Potilasrekisteri

Nimi	Henkilötunnus
Mitä tietoja halutaan	
Aika, jolta tiedot halutaan	
Tietojen toimitusosoite (tarvittaessa)	
Puhelinnumero	
Muut tarvittavat tiedot	

Tietojen pyytäjän allekirjoitus

___/___/20___

Allekirjoitus ja nimen selvennys

Tietojen pyytäjä on henkilön, jonka tietoja pyydetään huoltaja

Täysivaltaisen henkilön valtuutus tietojen pyytämiseen

Valtuutetun nimi	Henkilötunnus
Valtuutan _____ pyytämään edellä mainitut tietoni.	

___/___/20___
Valtuuttajan allekirjoitus ja nimen selvennys

Sosiaalihuollon asiakasasiakirjapyyntö toimitetaan osoitteeseen:
Haapaveden kaupunki / Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Helmi
Perhe- ja sosiaalipalvelupäällikkö
PL 10
86601 Haapavesi
Käyntiosoite: Tähtelänkuja 1, Haapavesi

Vanhusten huollon asiakasasiakirjapyyntö toimitetaan osoitteeseen:
Haapaveden kaupunki / Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Helmi
Hoito- ja hoivapalvelupäällikkö
Myyrinkuja 1
86600 Haapavesi
Käyntiosoite: Myyrinkuja 1, Haapavesi

Terveystieteiden huollon potilasasiakirjapyyntö toimitetaan osoitteeseen:
Haapaveden kaupunki / Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Helmi
Johtava ylilääkäri
Myyrinkuja 1
86600 Haapavesi
Käyntiosoite: Myyrinkuja 1, Haapavesi

Rekisterinpitäjän toimenpiteet

Tietojen pyytäjän/valtuutetun henkilöllisyys on tarkistettu

Luovutuspvm: ___/___/20___

Luovuttajan allekirjoitus ja nimen selvennys