

## ASIAKIRJAPYYNTÖ

### TERVEYDENHUOLLON POTILASTIETO

Salassa pidettävä

Saapumispäivä \_\_\_\_\_

Julkisuuslaki 621/1999 § 12

EU:n yleinen tietosuoja-asetus (2016/679) 15. artikla

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 812/2000

Käytä tätä lomaketta, kun haluat yksittäiseen käyntiin liittyviä tietoja itsestäsi/huollossa olevasta lapsestasi/edunvalvottavastasi. Ohje tilauksen toimittamiseen löytyy lomakkeen kääntöpuolelta. Voit pyytää tietoja myös henkilökohtaisella käynnilläsi terveydenhuollossa siitä yksiköstä, missä kirjaus on tehty.

#### VASTAANOTTAJAN TIEDOT:

<b>Rekisterinpitäjä:</b> Perusturvaliikelaitos Saarikka, Sivulantie 11, 43100 Saarijärvi
<b>Potilasrekisteri:</b> VASTAANOTTOTOIMINTA (lääkärit/hoitajat/puheterapeutti, tk-psykologi, toimintaterapeutti) MIELENTERVEYSPALVELUT, LYH.AIK.OSASTOHOITO, KUNTOUTUSOSASTO, FYSIOTERAPIA, SUUN TERVEYDENHUOLTO, TYÖTERVEYSHUOLTO 28.2.2020 saakka, NEUVOLA, KOULU TAI OPISKELIJATERVEYDENHUOLTO
Tiedot luovutetaan tulosteina/kopioina.

#### PYYTÄJÄ TÄYTTÄÄ:

Nimi (tarvittaessa myös entiset nimet)	Henkilötunnus
Pyydetään <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kopio potilaskertomuksesta</li> <li><input type="checkbox"/> Syntymäkellonaika (liitä mukaan erillinen äidin suostumus hänen potilastietojen käsittelyyn (synnytyskertomus). <b>Lomake:</b> Suostumus potilastietojen käsittelyyn</li> <li><input type="checkbox"/> Kopio rokotustiedoista</li> <li><input type="checkbox"/> Muu, mikä _____</li> </ul>	
<b>HUOM! Sähköisten röntgenkuvien</b> tilaamisessa noudatetaan K-S SHP:n omia ohjeita. Tiedustelut p. 014 – 2691124.	
Hoitopaikka ja aika, jolta asiakirjat tilataan (merkittävä terveysasema/hoitoyksikkö ja hoitoajat, joilta tiedot halutaan)	
Toimitusosoite	
Puhelinnumero	
Muut tarvittavat tiedot	

Tietojen pyytäjän allekirjoitus

Tietojen pyytäjä on henkilön, jonka asiakirjatietoja pyydetään huoltaja/edunvalvoja.

\_\_\_\_\_  
Päiväys

\_\_\_\_\_  
Allekirjoitus ja nimenselvennys

**Kääntöpuolella tarvittavat suostumukset/valtuutukset tiedon luovuttamiseen sekä ohje lomakkeen toimittamiseen.**

Täysivaltaisen henkilön valtuutus tietojen pyytämiseen:

Valtuutetun nimi: \_\_\_\_\_

Henkilötunnus: \_\_\_\_\_

Valtuutan \_\_\_\_\_

pyytämään edellä mainitut tietoni.

\_\_\_\_\_ Päiväys

\_\_\_\_\_ Valtuuttajan allekirjoitus ja nimenselvennys

#### **OHJE:**

Täytetty lomake tulostetaan ja allekirjoitetaan.

Syntymäkellonaikapyynnöissä on oltava mukana myös äidin nimi ja henkilötunnus:

#### **Terveystietojen potilastietopyynnöt toimitetaan osoitteella:**

Perusturvaliikelaitos Saarikka  
Hallintosihteeri  
Sivulantie 11, 43100 Saarijärvi

#### **Rekisterinpitäjän toimenpiteet:**

Toimivaltainen yksikkö tai tehtävään valtuutettu henkilö luovuttaa tiedon.  
Asiakastietojen luovutuksesta tehdään aina merkintä asiakasrekisteriin.

Tietojen pyytäjän/valtuutetun henkilöllisyys on tarkistettu.

Päätösvaltainen alle 18-vuotias on kieltänyt tietojensa luovuttamisen.

Alaikäinen voi, huomioon ottaen hänen ikänsä ja kehitystasonsa sekä asian laatu, painavasta syystä kieltää antamasta itseään koskevia tietoja lailliselle edustajalleen, jollei kieltäminen ole selvästi alaikäisen edun vastaista (potilaslaki).

Luovutuspvmm:

\_\_\_\_\_ Luovuttajan allekirjoitus ja nimenselvennys