

Potilas- ja/tai asiakasrekisterin käyttölokiteitojen tarkastuspyyntö

Salassa pidettävä

Potilaan/asiakkaan nimi	Henkilötunnus
Osoite	
Postinumero ja postitoimipaikka	Puhelinnumero
Olen <input type="checkbox"/> Potilas/asiakas <input type="checkbox"/> Huoltaja/laillinen edustaja, nimi ja puh:	
<input type="checkbox"/> Haluan tarkistaa potilasrekisterin käyttölokiteidot <input type="checkbox"/> Haluan tarkistaa sosiaalihuollon asiakasrekisterin käyttölokiteidot	
Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen kunta, mitä pyyntö koskee <input type="checkbox"/> Askola <input type="checkbox"/> Lapinjärvi <input type="checkbox"/> Loviisa <input type="checkbox"/> Myrskylä <input type="checkbox"/> Porvoo <input type="checkbox"/> Pukkila <input type="checkbox"/> Sipoo	
Aikaväli, jolle tarkastus kohdennetaan (enintään 2 vuotta tarkastuspyynnön päivästä*)	
Tarkastuspyynnön perustelu*	
Päivämäärä, allekirjoitus ja nimenselvitys**	
Lomakkeen lähetysosoite Itä-Uudenmaan hyvinvointialue Kirjaamo Mannerheiminkatu 20 K, 06100 Porvoo	Saapunut (vastaanottaja täyttää)

*Tietoja luovutetaan asiakkaan oikeuksien selvittämistä ja toteuttamista varten. Kahta vuotta vanhempia lokitietoja ei luovuteta, jollei siihen ole erityistä syytä. Asiakas ei saa käyttää tai luovuttaa lokitietoja muuhun tarkoitukseen (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, 18 § 2. mom.)

** Lomakkeen tulee olla päivätty ja omakätisesti allekirjoitettu. Mikäli allekirjoitus puuttuu, ei pyyntöä voida toteuttaa.