

Begäran om kontrollering av patient- eller/och klientregistrets användarlogguppgifter

Sekretessbelagd

Patientens/klientens namn	Personbeteckning
Adress	
Postnummer och ort	Telefonnummer
Jag är <input type="checkbox"/> Patienten/klienten <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare/förmyndare, namn och telefonnummer:	
<input type="checkbox"/> Jag vill kontrollera patientregistrets användarlogguppgifter <input type="checkbox"/> Jag vill kontrollera socialvårdens klientregisters användarlogguppgifter	
Östra Nylands välfärdområdets kommun som begäran gäller <input type="checkbox"/> Askola <input type="checkbox"/> Borgå <input type="checkbox"/> Lappträsk <input type="checkbox"/> Lovisa <input type="checkbox"/> Mörskom <input type="checkbox"/> Pukkila <input type="checkbox"/> Sibbo	
Tidsperiod för begäran (högst 2 år från det datum då begäran inlämnats*)	
Motivering för begäran*	

Plats, datum, underskrift och namnförtydligande**	
Blanketten skickas till Östra Nylands välfärdsområde/Registrering, Mannerheimgatan 20 K, 06100 Borgå	Ankomstdatum (mottagare fyller i)

*Uppgifter utlämnas för utredning och utövande av klientens rättigheter. Klienten har inte rätt att utan särskild orsak få logguppgifter som är äldre än två år. Klienten får inte för något annat ändamål använda eller vidareutlämna logguppgifter som hen erhållit. (Lag om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården 159/2007, 18 § 2. mom.)

** En blankett som levererats per post bör vara daterad och undertecknad för hand. Om underskriften saknas kan de begärda uppgifterna inte levereras.