

Var och en har rätt att ta del av de uppgifter som ingår i en myndighetshandling och som gäller honom själv (Lag om offentlighet i myndigheternas verksamhet 621/1999 12 §).  
 Uppgifter i journalhandlingarna är sekretessbelagda (Lag om patientens ställning och rättigheter 785/1992 13 §).

- Jag ber om att få granska vilka uppgifter om mig eller det barn jag försörjer eller den personen som jag är laglig företrädare för som har lagrats i patientregistret.
- Jag begär uppgifter om ett ärende jag är part i\*, **motivering krävs nedan.** (\* Part är den vars rätt, fördel eller skyldighet ärendet gäller. (Lag om offentlighet i myndigheternas verksamhet 621/1999 11 §).

<b>Motivering</b>		
<b>Begäran om information gäller</b>	Namn (också tidigare efternamn)	
	Personbeteckning	
	Adress	Postnummer och -ort
	Leveransadress för patientuppgifterna	
	Telefonnummer	E-post (obligatorisk om svaret önskas elektroniskt)
	Vårdnadshavares/förmyndares namn och kontaktuppgifter	
<b>Kommun</b>	Östra Nylands välfärdsområdets kommun som begäran gäller <input type="checkbox"/> Askola <input type="checkbox"/> Lapträsk <input type="checkbox"/> Lovisa <input type="checkbox"/> Mörskom <input type="checkbox"/> Borgå <input type="checkbox"/> Pukkila <input type="checkbox"/> Sibbo	
<b>Tidsperiod</b>	Jag begär dokument från tidsperioden:	
<b>Begärans innehåll</b>	Begäran om information gäller <input type="checkbox"/> Allmänmedicinska dokument (läkartexter) <input type="checkbox"/> Dokument gällande vårdarbete <input type="checkbox"/> Rådgivningens dokument <input type="checkbox"/> Röntgens dokument, OBS. Om ni önskar få kopior av röntgenbilder, skall begäran göras med HUS Bilddiagnostiks egen blankett och skicka blanketten till HUS. <input type="checkbox"/> Laboratoriets dokument <input type="checkbox"/> Tandvårdens dokument <input type="checkbox"/> Annat, vad?	

<b>Patientdokument</b>	Jag begär om information från följande patientdokument (specificera så noggrant som möjligt de dokument er begäran gäller (t.ex. sjukdom, skada, vårdperiod)
<b>Dokumentens leveranssätt</b>	<input type="checkbox"/> som krypterad e-post (Turvaposti) <input type="checkbox"/> per post (som ett rekommenderat brev) <input type="checkbox"/> muntligt <input type="checkbox"/> hos myndigheten (Mannerheimgatan 20 K, 3. vån, Borgå)
<b>Datum</b>	Plats och datum
	Underteckning och namnförtydligande

Begäran om information gällande hälsovård skall levereras undertecknat:

**1) som krypterad e-post (Turvaposti)**

Så här skickar du en krypterad e-post:

- Gå till sidan <https://www.turvaposti.fi/meddelande/kirjaamo@itauusimaa.fi>
- Skriv i fältet högst upp din egen e-postadress. Det kommer en begäran om bekräftelse från Turvaposti på din e-post.
- Skriv ett meddelande och bifoga bilagan/bilagorna. Bilagornas sammanlagda maximala storlek är 100 MB.
- Tryck på "Skicka".
- Från Turvaposti får du en begäran om bekräftelse i din e-postadress. Du ska kvittera begäran genom att klicka på länken i meddelandet. **OBS.** Meddelandet går till mottagaren först efter din kvittering.

**2) eller per post till adressen:**

Östra Nylands välfärdsområde  
 Registratur  
 Mannerheimgatan 20 K, 3 vån.  
 06100 Borgå

En blankett som levererats per post skall vara daterad och undertecknad för hand. Om underskriften saknas kan den begärda informationen inte levereras.

**3) eller till registratures verksamhetsställe , se adress i punkt 2)**