

Käyttäkää tätä lomaketta silloin, kun teillä on epäily asiattomasta potilastietojenne käsittelystä ja haluatte saada asiassa kirjallisen selvityksen. / Använd denna blankett när ni misstänker att era patientuppgifter har behandlats obehörigt och ni vill få en skriftlig utredning av ärendet.

Pyytäjän tiedot Uppgifter om uppgifts-begäran	Nimi / Namn		Henkilötunnus / Personbeteckning
	Osoite ja postitoimipaikka / Adress och postanstalt		
	Puhelinnumero / Telefonnummer		
	Sähköpostiosoite / e-Adress		
	Pvm. / Datum	Allekirjoitus ja nimenselvennys / Underskrift och namnförtydligande	
Pyynnön perustelu Motivering till begäran	Yksilöikää mahdollisimman tarkasti ne seikat, joiden perusteella teillä on epäily asiattomasta potilastietojenne käsittelystä ja joiden perusteella pyydätte selvitystä asiassa. / Specificera så noggrant som möjligt de omständigheter som gör att ni misstänker att era patientuppgifter har behandlats obehörigt och på basis av vilka ni begär en utredning av ärendet.		
Ajankohta tai aikajakso Datum eller tidsperiod	Mikäli pyyntöä ei ole yksilöity ajallisesti, tehdään selvitys tietosuojavaltuutetun toimiston ohjeistuksen mukaisesti takautuvasti enintään kahden vuoden ajalta pyynnön päiväyksestä / Om tiden inte har specificerats i begäran, görs utredningen enligt de anvisningar dataombudsmannens byrå har gett retroaktivt för en period på högst två år från datumet för begäran.		
	Sairaanhoitoalue, sairaala tai muu yksikkö, jota pyyntö koskee / Sjukvårdsområde, sjukhus eller annan enhet som begäran gäller		

Allekirjoitettu lomake lähetetään postitse keskuskirjaamoon.

Den undertecknade blanketten ska sändas per post till centralregistratur.

HUS Keskuskirjaamo
PL 200
00029 HUS

HNS Centralregistratur
PB 200
00029 HNS