

Om du misstänker att det inte funnits en laglig grund för att behandla patientuppgifter, har du som vårdnadshavaren (eller annan laglig företrädare) rätt att begära en skriftlig utredning för minderårig patient.

**Vi skickar svaret till beställaren eller till minderårig patienten själv** till hans stadigvarande adress, om beaktande av patientens ålder och utvecklingsnivå samt uppgifter om beslutsförmåga hen bedöms vara åtminstone delvis förmögen att utnyttja sin självbestämmanderätt.

**Blanketten ska skrivas ut, undertecknas och skickas per post till HUS Asiakirjakeskus, PL 585, 00029 HUS.**

## Vad gäller begäran om utredning? (du kan välja flera alternativ)\*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> En tidigare beställd rapport med logguppgifter från HUS-sammanslutningens patientregister | <input type="checkbox"/> Utlämnande av uppgifter |
| <input type="checkbox"/> En viss yrkesutbildad person/vissa yrkesutbildade personer                                | <input type="checkbox"/> Annat?                  |

## Datum eller tidsperiod som utredning gäller

Datum/Startdatum*	Slutdatum*
Tilläggsuppgifter om tidpunkten, till exempel om begäran gäller flera datum	

## Gäller utredningen ett särskilt sjukhus inom HUS?

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Haartmanska sjukhuset    | <input type="checkbox"/> Hertonäs sjukhus            | <input type="checkbox"/> Hyvinge sjukhus  | <input type="checkbox"/> Hud- och allergisjukhuset |
| <input type="checkbox"/> Jorvs sjukhus            | <input type="checkbox"/> Kirurgiska sjukhuset        | <input type="checkbox"/> Lojo sjukhus   | <input type="checkbox"/> Malms sjukhus             |
| <input type="checkbox"/> Mejlans triangelsjukhus  | <input type="checkbox"/> Mejlans brosjukhus          | <input type="checkbox"/> Mejlans tornsjukhus  | <input type="checkbox"/> Kvinnokliniken            |
| <input type="checkbox"/> Pejas sjukhus            | <input type="checkbox"/> Borgå sjukhus               | <input type="checkbox"/> Psykiatricentrum och andra psykiatriska verksamhetsställen               |  |
| <input type="checkbox"/> Parksjukhuset            | <input type="checkbox"/> Raseborgs sjukhus           | <input type="checkbox"/> Ögon-öronsjukhuset   | <input type="checkbox"/> Cancercentrum             |
| <input type="checkbox"/> Nya barnsjukhuset        | <input type="checkbox"/> Vegahuset och Synapsiahuset | <input type="checkbox"/> HUS Diagnostikcentrum (laboratorietjänster och bildiagnostiska tjänster) |  |
| <input type="checkbox"/> Annan HUS enhet, vilken? |  |   |  |

Detaljerade uppgifter om vårdstället: till exempel avdelning 4, juren osv.

## Gäller begäran om rättelse en viss specialitet?

- |   |   |  |                                   |
|---|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Akutmedicin och jour               | <input type="checkbox"/> Anestesiologi och intensivvård               | <input type="checkbox"/> Endokrinologi                                   | <input type="checkbox"/> Foniatri |
| <input type="checkbox"/> Fysiatri och Ryggmärgsskadecentrum | <input type="checkbox"/> Geriatri                                     | <input type="checkbox"/> Gastroenterologi och gastroenterologisk kirurgi |                                   |
| <input type="checkbox"/> Hematologi                         | <input type="checkbox"/> Hudsjukdomar och allergisjukdomar            | <input type="checkbox"/> Infektionssjukdomar                             |                                   |
| <input type="checkbox"/> Kardiologi                         | <input type="checkbox"/> Lungsjukdomar                                | <input type="checkbox"/> Öron-, näs- och halsjukdomar                    |                                   |
| <input type="checkbox"/> Handkirurgi                        | <input type="checkbox"/> Barnsjukdomar, barnneurologi och barnkirurgi |  |                                   |
| <input type="checkbox"/> Barnpsykiatri                      | <input type="checkbox"/> Njursjukdomar (nefrologi)                    | <input type="checkbox"/> Kvinnosjukdomar och förlossningar               |                                   |
| <input type="checkbox"/> Neurologi och neurokirurgi         | <input type="checkbox"/> Ungdomspsykiatri                             | <input type="checkbox"/> Ortopedi och traumatologi                       |                                   |
| <input type="checkbox"/> Rättsmedicin och patologi          | <input type="checkbox"/> Klinisk genetik                              | <input type="checkbox"/> Plastikkirurgi                                  |                                   |
| <input type="checkbox"/> Psykiatri och rättspsykiatri       | <input type="checkbox"/> Reumatiska sjukdomar                         | <input type="checkbox"/> Ögonsjukdomar                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> Internmedicin                      | <input type="checkbox"/> Mun- och käkkirurgi                          | <input type="checkbox"/> Hjärt- och thoraxkirurgi                        |                                   |
| <input type="checkbox"/> Cancersjukdomar                    | <input type="checkbox"/> Urologi                                      | <input type="checkbox"/> Kärlkirurgi                                     |                                   |
| <input type="checkbox"/> Annan specialitet, vilken?         |   |  |                                   |

**Beskriv fallet och specificera så noggrant som möjligt de omständigheter på basis av vilka du misstänker att ditt barns patientuppgifter har behandlats utan grunder.**

Ange här till exempel namnet på de yrkesutbildade personer som du misstänker att har behandlat uppgifter utan grund eller till vem uppgifter har lämnats ut eller vem har lämnat ut uppgifterna. Du kan också bifoga en bild eller skärmdump till exempel från MittKanta till blanketten. En så noggrann beskrivning som möjligt påskyndar behandlingen av utredningen.\*

**Kontaktuppgifter till den som beställt begäran om utredning**

Personbeteckning*	Förnamn*	Efternamn*	
Adress*	Postnummer*	Postanstalt*	
E-postadress	Telefon*		

**Beställarens relation till patienten\***

Vårdnadshavare  Annan laglig företrädare (bifoga gällande fullmakt eller intyg)

**Minderårig patientens personuppgifter**

Personbeteckning*	Förnamn*	Efternamn*	
Adress*	Postnummer*	Postanstalt*	
E-postadress (till minderårig)	Telefon (till minderårig)		

**Tilläggsinformation** (t.ex. flera personbeteckningar eller något annat leveranssätt)

--

Datum*	Underskrift och namnförtydligande*
--------	------------------------------------