

Jos herää epäily, että alaikäisen potilastietoja on käsitelty ilman laillista perustetta, virallisella huoltajalla on oikeus pyytää asiaan kirjallista selvitystä.

Toimitamme vastauksen joko tilaajalle tai alaikäiselle potilaalle itselleen tämän vakituiseen osoitteeseen, jos ikään ja kehitystasoon sekä päätöskykyisyyttä koskeviin tietoihin perustuen hänet arvioidaan ainakin osittain kykeneväksi käyttämään itsemääräämisoikeuttaan.

Lomake tulee tulostaa, allekirjoittaa ja lähettää postitse osoitteeseen HUS Asiakirjakeskus, PL 585, 00029 HUS.

Mitä selvityspyyntö koskee? (voit valita useamman vaihtoehdon)*

- | | |
|--|--|
| ☐ Aiemmin tilattua HUS-yhtymän potilasrekisterin lokitietoraporttia | ☐ Tietojen luovutusta |
| ☐ Tiettyä ammattihenkilöä/-henkilöitä | ☐ Muuta mitä? |

Päivämäärä tai aikaväli, johon selvitys liittyy

Alkupäivämäärä (pp.kk.vvvv)*	Loppupäivämäärä (pp.kk.vvvv)*
------------------------------	-------------------------------

Lisätietoja ajankohdasta esimerkiksi, jos tapaukseen liittyy useita päivämääriä

Liittyykö selvitys johonkin tiettyyn HUSin sairaalaan?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Haartmanin sairaala | ☐ Herttoniemen sairaala | ☐ Hyvinkään sairaala | ☐ Iho- ja allergiasairaa |
| ☐ Jorvin sairaala | ☐ Kirurginen sairaala | ☐ Lohjan sairaala | ☐ Malmin sairaala |
| ☐ Meilahden kolmiosairaa | ☐ Meilahden siltasairaa | ☐ Meilahden tornisairaa | ☐ Naistenklinikka |
| ☐ Peijaksen sairaala | ☐ Porvoon sairaala | ☐ Psykiatriakeskus ja muut psykiatrian toimipaikat | |
| ☐ Puistosairaa | ☐ Raaseporin sairaala | ☐ Silmä-korvasairaa | ☐ Syöpäkeskus |
| ☐ Uusi lastensairaa | ☐ Vega-talo ja Synapsia-talo | ☐ Diagnostiikkakeskus (laboratorio- ja kuvantamispalvelut) | |
| ☐ Muu HUSin yksikkö, mikä? | | | |

Hoitopaikan tarkentavat tiedot: esim. osasto 4, päivystys jne.

Liittyykö selvityspyyntö johonkin tiettyyn erikoisalaan?

- | | | | |
|--|---|---|------------------------------------|
| ☐ Akuuttilääketiede ja päivystys | ☐ Anestesiologia ja tehohoito | ☐ Endokrinologia | ☐ Foniatria |
| ☐ Fysiatria ja selkäydinvammakeskus | ☐ Geriatria | ☐ Gastroenterologia ja vatsakirurgia | |
| ☐ Hematologia | ☐ Ihotaudit ja allergiasairaudet | ☐ Infektiosairaudet | |
| ☐ Kardiologia | ☐ Keuhkosairaudet | ☐ Korva-, nenä- ja kurkkutaudit | |
| ☐ Käsikirurgia | ☐ Lastentaudit, lastenneurologia ja lastenkirurgia | | |
| ☐ Lastenpsykiatria | ☐ Munuaissairaudet (nefrologia) | ☐ Naistentaudit ja synnytykset | |
| ☐ Neurologia ja neurokirurgia | ☐ Nuorisopsykiatria | ☐ Ortopedia ja traumatologia | |
| ☐ Oikeuslääketiede ja patologia | ☐ Perinnöllisyyslääketiede | ☐ Plastiikkakirurgia | |
| ☐ Psykiatria ja oikeuspsykiatria | ☐ Reumasairaudet | ☐ Silmätaudit | |
| ☐ Sisätaudit | ☐ Suu- ja leukakirurgia | ☐ Sydän- ja rintaelinkirurgia | |
| ☐ Syöpätaudit | ☐ Urologia | ☐ Verisuonikirurgia | |
| ☐ Muu mikä? | | | |

Kuvaa mahdollisimman tarkasti ne seikat, joiden perusteella epäilet, että potilastietoja on käsitelty perusteetta

Kirjoita tähän esimerkiksi niiden ammattihenkilöiden nimet, jotka ovat käsitelleet tietojasi ilman perustetta tai mille taholle tietoja on luovutettu ja mikä taho tietoja on luovuttanut. Voit myös lisätä kuvan tai kuvankaappauksen esimerkiksi OmaKannasta lomakkeen liitteeksi. Mahdollisimman tarkka kuvaus nopeuttaa selvityksen käsittelyä.*

Tilaajan yhteystiedot

Henkilötunnus*	Etunimet*	Sukunimi*	
Osoite*	Postinumero*	Postitoimipaikka*	
Sähköpostiosoite	Puhelinnumero*		

Tilaajan suhde puolesta-asioitavaan *

☐ Huoltaja (virallinen)	☐ Muu laillinen edustaja (liitä asiaa koskeva valtakirja tai todiste)
--	---

Puolesta-asioitavan henkilötiedot

Henkilötunnus*	Etunimet*	Sukunimi*	
Osoite*	Postinumero*	Postitoimipaikka*	
Sähköpostiosoite (alaikäiselle)	Puhelinnumero (alaikäiselle)		

Lisätietoja (Esimerkiksi useat henkilötunnukset tai muu toimitustapa)

Päivämäärä, tilaajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Päivämäärä*	Allekirjoitus ja nimenselvennys*
-------------	----------------------------------