

Om du misstänker att det inte funnits en laglig grund för att behandla dina patientuppgifter, har du rätt att begära en skriftlig utredning. 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, vad? |

Datum eller tidsintervall som regleringen avser

| | |
|--------------------------------|------------------------|
| Datum/Startdatum (pp.kk.vvvv)* | Slutdatum (pp.kk.vvvv) |
|--------------------------------|------------------------|

Tilläggsuppgifter om tidpunkten, till exempel om flera datum hänför sig till fallet.

Hänför sig utredningen till 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"/> Malm's 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"/> Diagnostikcentrum (laboratorietjänster och bilddiagnostiska tjänster) | |
| <input type="checkbox"/> Annan enhet inom HUS, vilken? | | | |

Uppgifter som preciserar vårdstället: till exempel avdelning 4, jousen osv.

Gäller begäran om utredning 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 halssjukdomar | |
| <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 förlösningar | |
| <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"/> Medicinsk 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, vilken? | | | |

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

Ange här till exempel namnet på de yrkesutbildade personer som du misstänker att har behandlat dina uppgifter utan grund eller till vilken aktör dina uppgifter har lämnats ut eller vilken aktör 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* | | |

Uträtta ärenden för en annan person

Om du sköter ärendet för en annan person är det fråga om att uträtta ärenden för en annan. Bekanta dig med anvisning på webbsidan.

Fyll i fullmaktsgivarens personuppgifter här nedan. Bifoga gällande fullmakt att uträtta ärenden eller någon annan laglig intyg.

HUS kan återlämna begäran för tilläggsutredning om tillräckliga uppgifter eller gällande fullmakt saknas.

| | |
|------------------------------|--------------------------------|
| Personbeteckning (patienten) | För- och efternamn (patienten) |
|------------------------------|--------------------------------|

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

| |
|--|
| |
|--|

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