

Jos sinulle herää epäily, että potilastietojasi on käsitelty ilman laillista perustetta, on sinulla oikeus pyytää asiaan kirjallista selvitystä. **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 allergiasairaala |
| ☐ Jorvin sairaala | ☐ Kirurginen sairaala | ☐ Lohjan sairaala | ☐ Malmin sairaala |
| ☐ Meilahden kolmiosairaala | ☐ Meilahden siltasairaala | ☐ Meilahden tornisairaala | ☐ Naistenklänikka |
| ☐ Peijaksen sairaala | ☐ Porvoon sairaala | ☐ Psykiatriakeskus ja muut psykiatrian toimipaikat | |
| ☐ Puistosairaala | ☐ Raaseporin sairaala | ☐ Silmä-korvasairaala | ☐ Syöpäkeskus |
| ☐ Uusi lastensairaala | ☐ 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 tapaus ja yksilöi mahdollisimman tarkasti ne seikat, joiden perusteella epäilet, että potilastietojasi on käsitelty ilman perusteita.

Kirjoita tähän esimerkiksi niiden ammattihenkilöiden nimet, joiden epäilet käsitelleen 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.*

Selvityspyynnön tilaajan yhteystiedot

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

Puolesta-asointi

Jos hoidat asiaa toisen henkilön puolesta, tutustu verkkosivujen kohtaan Asointi ja puolesta-asointi.

Täytä alle puolesta-asioitavan potilaan henkilötiedot. Liitä tähän lomakkeeseen puolesta-asointivaltakirja tai muu laillinen todistus.

HUSilla on oikeus palauttaa pyyntö lisäselvitystä varten, jos valtakirja puuttuu tai sen tiedot eivät ole riittävät oikeutuksen arvioimiseksi.

Henkilötunnus (potilas)	Etu- ja sukunimet (potilas)
-------------------------	-----------------------------

Lisätietoja (Esimerkiksi useat henkilötunnukset tai muu toimitustapa)

Päivämäärä*	Allekirjoitus ja nimenselvennys*