

Potilas- ja/tai asiakasrekisterin käyttö- ja luovutusrekisterin tarkastuspyyntö

Potilaan/asiakkaan nimi	Henkilötunnus
Osoite	
Postinumero ja postitoimipaikka	Puhelinnumero
Olen (rastita oikea vaihtoehto) <input type="checkbox"/> Potilas/asiakas <input type="checkbox"/> Huoltaja/laillinen edunvalvoja, nimi ja puh:	

<input type="checkbox"/> Haluan, että potilasrekisteritietojen asianmukainen käyttö ja luovutukset tarkastetaan Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymässä (Siun sote).	
<input type="checkbox"/> Haluan, että sosiaalihuollon asiakasrekisteritietojen asianmukainen käyttö tarkastetaan Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymässä (Siun sote).	
Aikaväli, jolle tarkastus kohdennetaan (enintään 2 vuotta tarkastuspyynnön päivämäärästä*)	
Tarkastuspyynnön perustelu*	
Päivämäärä, allekirjoitus ja nimenselvennys**	
Lomakkeen lähetysosoite Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymä Kirjaamo/tietosuojavastaava Tikkamäentie 16 80210 Joensuu	Saapunut (kirjaamo täyttää)

*Tietoja luovutetaan asiakkaan oikeuksien selvittämistä ja toteuttamista varten. Kahta vuotta vanhempia lokitietoja ei luovuteta, jollei siihen ole erityistä syytä. Asiakas ei saa käyttää tai luovuttaa lokitietoja muuhun tarkoitukseen (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, 18 § 2. mom.)

** Postitse toimitettavan lomakkeen tulee olla päivätty ja omakätisesti allekirjoitettu. Mikäli allekirjoitus puuttuu, ei pyyntöä voida toteuttaa. Voit lähettää pyynnön suoraan kuntayhtymän kirjaamoon **suojatulla sähköpostilla**. Lomakkeelle ei tarvita tällöin allekirjoitusta, vaan päivämäärä ja nimenselvennys riittävät. Palveluun kirjaudutaan verkkopankkitunnuksilla.