|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vastaanottaja:** | | Suomen Terveystalo Oy | | | | | | | |
| **Toimipaikka:** | |  | | | | | | | |
|  | Pyydän saada tietää, ketkä ovat käsitelleet potilastietojani ylläpitämissänne työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon tietojärjestelmissä seuraavilta osin: | | | | | | | | |
|  | Terveystalo Lääkärikeskusverkosto | | | | | | | | |
|  | Terveystalo Suunterveys | | | | | | | | |
|  | Terveystalo Kuntoutuspalvelut | | | | | | | | |
|  | Pyydän saada tietää, kenelle on luovutettu potilastietojani ylläpitämistänne työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon tietojärjestelmistä seuraavilta osin: | | | | | | | | |
|  | Terveystalo Lääkärikeskusverkosto | | | | | | | | |
|  | Terveystalo Suunterveys | | | | | | | | |
|  | Terveystalo Kuntoutuspalvelut | | | | | | | | |
| **Haluan saada käyttööni lokitiedot ajanjaksolta:** | | | | - | | | | | |
| Lokitietoja voi pyytää enintään kahden edeltävän vuoden ajalta. Tätä vanhempien lokitietojen saaminen edellyttää erityistä syytä (laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä 11 §).  Mikäli epäilet väärinkäytöstä potilastietojesi käsittelyssä, yksilöi mahdollisimman tarkasti ne seikat, joiden perusteella epäilet asiatonta potilastietojen käsittelyä. Mikäli epäily kohdistuu tiettyyn henkilöön, pyydämme nimeämään kyseisen henkilön. | | | | | | | | | |
| Edellä mainittuun liittyen tuon Terveystalon tietoon seuraavat seikat:  Voit toimittaa tiedot myös liitteenä. | | | | | | | | | |
| Huomioithan, että lain mukaan lokitietoja ei ole oikeutta käyttää tai luovuttaa edelleen muuhun tarkoitukseen kuin omien potilastietojen käsittelyyn liittyvien oikeuksien selvittämistä ja toteuttamista varten. | | | | | | | | | |
| **Pyynnön esittäjän tiedot** | | | | | | | | | |
| Etu – ja sukunimi | | | | | | Henkilötunnus | | | |
|  | | | | | |  | | | |
| Osoite | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Puhelinnumero | | | | | | | | | Sähköpostiosoite |
|  | | | | | | | | |  |
| Päiväys | | Allekirjoitus (Digitaalisessa asiointikanavassa välitettyä lomaketta ei tarvitse allekirjoittaa) | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |
| **Terveystalon edustaja täyttää** (Digitaalisessa asiointikanavassa välitettyä lomaketta ei tarvitse allekirjoittaa) | | | | | | | | | |
| Lomakkeen vastaanottopäivä | | | Lomakkeen vastaanottaneen työntekijän kuittaus ja nimen selvennys | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |
| **Pyynnön esittäjän henkilöllisyys todennettu:** | | | | | | | | | |
|  | Passi (voimassa oleva) | | | |  | | Ajokortti (Suomen viranomaisen myöntämä) | | |
|  | Poliisin myöntämä kuvallinen henkilökortti | | | |  | | | Muu, mikä: | |
| **Päätös** | | | | | | | | | |
|  | Pyyntö hyväksytty | | Päiväys | Vastaavan lääkärin / hammaslääkärin allekirjoitus | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  | Pyyntö evätty ja todistus lähetetty | | Päiväys | Vastaavan lääkärin / hammaslääkärin allekirjoitus | | | | | | |
|  |  | | | | | | |