

Valitkaa joku seuraavista vaihtoehtoista:

- Potilasrekisterissä olevien tietojen tarkastus
 Pyyntö lokitietojen tarkistusta varten
 Selvityspyyntö potilastietojen käsittelystä
 Virheellisen tiedon oikaisupyyntö

Rekisterinpitäjä Vastaanottaja	Oulunkylän kuntoutussairaala Yliääkäri Käskynhaltijantie 5, 00640 HELSINKI
---	--

HAKIJA TÄYTTÄÄ	
Pyytäjän yhteystiedot	Nimi
	Henkilötunnus
	Osoite (Postiosoite, postinumero ja postitoimipaikka)
	Puhelinnumero
	Päiväys
Potilasrekisterissä olevien tietojen tarkastus	<input type="checkbox"/> Haluan tarkastaa omat potilasrekisteritietoni.
Pyyntö lokitietojen tarkistusta varten	Ajanjakso, jolta pyydän selvitystä: (oletuksena 2 vuotta takautuvasti) _____._____.20____ - _____._____.20____ Miksi epäilette asiatonta potilastietojen käsittelyä, josta pyydätte selvitystä? Yksilöikää mahdollisimman tarkasti epäilyksenne kohde? Mikäli epäily kohdistuu tiettyyn henkilöön, pyydämme kirjaamaan henkilön nimen selvityspyyntöön.

<p>Selvityspyyntö potilastietojen käsittelystä</p>	<p>Miksi epäilette, että tietojanne on käsitelty ilman asianmukaista perustetta?</p> <p>Yksilöikää mahdollisimman tarkasti epäilyksenne kohde?</p> <p>Mikäli epäily kohdistuu tiettyyn henkilöön, pyydämme kirjaamaan henkilön nimen selvityspyyntöön.</p>
<p>Virheellisen tiedon oikaisupyyntö</p>	<p>Yksilöikää mahdollisimman tarkasti, missä asiakirjassa/asiakirjoissa on virheellistä tietoa sekä mikä tieto/mitkä tiedot ovat virheellisiä. Miten tieto kuuluisi korjata?</p>
<p>Päiväys ja allekirjoitus</p>	<p>____.____.20____</p> <hr/> <p>Omakätinen allekirjoitus ja nimenselvennys</p>

<p>YLILÄÄKÄRI TÄYTTÄÄ</p>	
<p>Selvityspyyntö vastaanotettu</p>	
<p>Ratkaisu ja toimenpiteet</p>	
<p>Pvm ja allekirjoitus</p>	<p>____.____.20____</p> <hr/> <p>Allekirjoitus ja nimenselvennys</p>