

**SELVITYSPYYNTÖ POTILAS- JA SOSIAALIHUOLLON ASIAKASTIETOJEN KÄSITTELYLLE**

(Asiakastietolaki 18 §)

Voit käyttää tätä lomaketta, kun epäilet että potilas- tai asiakastietojasi on mahdollisesti käsitelty asiattomasti ja haluat saada asiassa rekisterinpitäjän kirjallisen selvityksen.

(\*merkityt tiedot ovat pakollisia täyttää)

**Pyytäjän nimi\*** \_\_\_\_\_ **Henkilötunnus\*** \_\_\_\_\_

Katuosoite\* \_\_\_\_\_

Postinumero ja postitoimipaikka\* \_\_\_\_\_

Puhelinnumero \_\_\_\_\_ Sähköposti \_\_\_\_\_

**Henkilö, jonka tietojen käsittelyä pyyntö koskee (jos eri henkilö kuin pyynnön esittäjä)**Sukunimi ja etunimi\* \_\_\_\_\_ **Henkilötunnus\*** \_\_\_\_\_

Lähiosoite\* \_\_\_\_\_

Postinumero ja postitoimipaikka\* \_\_\_\_\_

Puhelinnumero \_\_\_\_\_

Peruste tarkastuspyynnön esittämiselle toisen puolesta

- Huoltaja       Henkilön valtuuttama edustaja  
 Edunvalvoja tai edunvalvontavaltuutettu       Muu, mikä? \_\_\_\_\_

*Alkuperäinen edunvalvojan määräys tai tuomioistuimen päätös / alkuperäinen maistraatin tai Digi- ja väestötietoviraston (DVV) päätös edunvalvontavaltuutuksesta + jäljennös edunvalvontavaltakirjasta, jossa maistraatin tai DVV:n leima / alkuperäinen valtakirja tulee esittää rekisterinpitäjälle selvityspyynnön yhteydessä. Jäljennös toimivallan osoittavista asiakirjoista liitetään selvityspyyntöasiakirjojen yhteyteen\*\**

Perustele selvityspyyntö yksilöimällä mahdollisimman tarkasti ne seikat, joiden perusteella sinulla on epäily asiattomasta asiakas- tai potilastietojen käsittelystä ja joiden perusteella pyydät selvitystä asiassa.

Ajankohta tai aikajakso \_\_\_\_\_

*Mikäli pyyntöä ei ole yksilöity ajallisesti, tehdään selvitys tietosuojavaltuutetun toimiston ohjeistuksen mukaisesti takautuvasti lähtökohtaisesti enintään kahden vuoden ajalta pyynnön päiväyksestä.*

Terveystieteiden tai sosiaalihuollon yksikkö, jota pyyntö koskee

**Alaikäisen mielipide selvityspyynnön tekemiseen** (täytetään huoltajan / muun laillisen edustajan tehdessä selvityspyynnön 12-vuotta täyttäneen tietoihin, alaikäisen allekirjoitus on pakollinen)

Hyväksyn selvityksen antamisen pyytäjälle\* 

Alaikäisen allekirjoitus\* \_\_\_\_\_

Nimenselvennys\* \_\_\_\_\_

Päiväys\* \_\_\_\_\_

Allekirjoitus\* \_\_\_\_\_

Nimenselvennys\* \_\_\_\_\_

*\*\*Edunvalvojalla on oikeus käyttää päämiehelle kuuluvia oikeuksia koskien päämiehen salassapidettäviä tietoja vain silloin kun valtuutus toimenpiteeseen sisältyy lain säännökseen tai edunvalvojalle annettuun päätökseen. Myös edunvalvontavaltuutuksesta ja valtakirjasta tulee selkeästi käydä ilmi, että valtuutetulla on oikeus esittää päämiehen puolesta tämän salassapidettäviin sosiaali- tai terveydenhuollon tietoihin liittyviä vaatimuksia.*

Täytetty ja allekirjoitettu lomake toimitetaan postittamalla tai tuomalla se Porin kaupungin kirjaamoon tai siihen sosiaali- tai terveydenhuollon yksikköön, jonka tietoja selvityspyyntö koskee.

Porin kaupunki  
Kirjaamo  
PL 121  
28101 PORI

Käyntiosoite: Yrjönkatu 6 B, 2. krs, 28100 PORI

Täytetään Porin perusturvassa, jos tarkastuspyyntö toimitetaan henkilökohtaisesti

**Tarkastuspyynnön esittäjän henkilöllisyys varmistettu**

henkilökortti       passi       ajokortti

Toimipaikka \_\_\_\_\_

Vastaanottajan nimi  
ja yhteystieto (selvästi) \_\_\_\_\_