

TIETOJEN TARKASTUSPYYNTÖ
(EU:n tietosuoja-asetus 15 artikla)

Porin perusturva täyttää
Pyyntö vastaanotettu _____. _____.

Voit käyttää tätä lomaketta halutessasi tarkistaa mitä tietoja sinusta on tallennettu Porin perusturvan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilörekistereihin.

Tarkastuspyynnön esittäjän henkilötiedot (* merkityt tiedot pakollisia)

Sukunimi ja etunimi* _____ Henkilötunnus* _____

Lähiosoite * _____

Postinumero ja postitoimipaikka* _____

Puhelinnumero _____ Sähköposti _____

Henkilö, jonka tietoja pyyntö koskee (jos eri henkilö kuin pyynnön esittäjä)

Sukunimi ja etunimi* _____ Henkilötunnus* _____

Lähiosoite _____

Postinumero ja postitoimipaikka _____

Puhelinnumero _____

Peruste tarkastuspyynnön esittämiselle toisen puolesta

- Huoltaja
 Edunvalvoja tai edunvalvontavaltuutettu
 Henkilön valtuuttama edustaja
 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 tarkastuspyynnön yhteydessä. Jäljennös toimivallan osoittavista asiakirjoista liitetään tarkastuspyyntöasiakirjojen yhteyteen***

Tiedot, joita tarkastuspyyntö koskee

Valitse rastittamalla, millä palvelualueella/alueilla kertyneitä tietoja tarkastuspyyntö koskee:

- Terveyspalvelut Sairaalapalvelut Suun terveydenhuolto
 Sosiaali- ja perhepalvelut: lastensuojelu vammaispalvelut aikuissosiaalityö perheneuvola
 Vanhuspalvelut: kotihoito omaishoito ympärivuorokautinen asuminen
 Psykososiaalinen yksikkö

Ilmoita tarkemmin yksikkö tai asiakirjat, jotka ovat tarkastuspyynnön kohteena. (Röntgenkuvien tilaukset SataDiagin röntgenistä tai suun terveydenhuollon keskushammashoitolan toimistosta).

Ajanjakso

Tiedot halutaan tarkastaa ajalta _____ - _____

Tietojen toimittaminen postitettuna noudettuna**Allekirjoitus**

Päiväys* _____ Allekirjoitus* _____

Nimenselvennys* _____

Alaikäisen mielipide tietojen luovuttamiseen

(täytetään huoltajan / muun laillisen edustajan käyttäessä tarkastusoikeutta 12 -vuotta täyttäneen tietoihin, alaikäisen allekirjoitus pakollinen).

Hyväksyn tietojeni luovuttamisen pyytäjälle

Alaikäisen 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 tarkastuspyyntö koskee.

Porin kaupunki

Kirjaamo

PL 121

28101 PORI

Käyntiosoite: Yrjönkatu 13, 28100 Pori (Palvelupiste Porina)

Täytetään Porin perusturvassa, jos tarkastuspyyntö toimitetaan henkilökohtaisesti**Tarkastuspyynnön esittäjän henkilöllisyys varmistettu** ajokortti passi henkilökortti

Toimipaikka _____

Vastaanottajan nimi
ja yhteystieto (selvästi) _____