|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vastaanottaja: | | **Suomen Terveystalo Oy** | | | | | | | |
| Toimipaikka: | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |
| Pyydän EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen (EU 2016/679) perusteella, että ylläpitämäänne Henkilöasiakkaiden henkilörekisteriin tallennetut, minua (rekisteröity) koskevat epätarkat ja virheelliset henkilötiedot korjataan ja/tai tarpeettomat henkilötiedot poistetaan. | | | | | | | | | |
| **Jos korjauspyyntö koskee potilaskertomuskirjausta, kirjauksen päivämäärä:** | | | | | | | | |  |
|  | Pyydän seuraavat tiedot poistettaviksi. Mainitse virheellinen tieto ja perustelut. | | | | | | | | |
|  | Käytä tarvittaessa Enteriä rivittääksesi tekstiä | | | | | | | | |
|  | Pyydän seuraavat tiedot muutettaviksi. Mainitse virheellinen tieto, ehdotettu muutos ja perustelut. | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  | Pyydän seuraavat tiedot lisättäviksi. Mainitse täydennettävä tieto ja perustelut. | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Pyynnön tekijän (rekisteröidyn) henkilötiedot** | | | | | | | | | |
| Etu- ja sukunimi | | | | | | | | | |
| Henkilötunnus | | | | | | | | | |
| Osoite | | | | | | | | | |
| Puhelinnumero | | | | | | | Sähköpostiosoite | | |
| Päiväys | | | | Allekirjoitus (Digitaalisessa asiointikanavassa välitettyä lomaketta ei tarvitse allekirjoittaa) | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Pyynnön tekijän henkilöllisyys tarkastettu** *(Terveystalon edustaja täyttää)* | | | | | | | | | |
|  | Passi (voimassa oleva) | | | | |  | | Ajokortti (suomalainen) | |
|  | Virallinen henkilökortti (poliisin myöntämä) | | | | | | | | |
|  | Muu, mikä: | | | | | | | | |
| Päiväys (lomake vastaanotettu) | | | | | Terveystalon työntekijän allekirjoitus ja nimenselvennys | | | | |
| / 20 | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Päätös** *(Terveystalon edustaja täyttää)* | | | | | | | | | |
|  | Korjauspyyntö hyväksytty | | | | | | | | |
|  | Korjauspyyntö hyväksytty osittain | | | | | | | | |
|  | Korjauspyyntö evätty ja todistus epäämisestä lähetetty | | | | | | | | |
| Päiväys | | | | | Vastaavan lääkärin tai ammattihenkilön allekirjoitus ja nimenselvennys | | | | |
|  | | | | |  | | | | |