|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 §).  Erityistä syytä tulkitaan tiukasti, ja tiedon tulee olla tarpeen rekisteröidyn oikeuksien toteuttamiseksi. Tietosuojarikosilmoituksen tai kantelun tekeminen eivät ole tällaisia erityisiä syitä, sillä ne voivat kohdistua enintään kaksi vuotta vanhoihin tapahtumiin.  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. | | | | | | | | | | | | | |
| **Valitse tietojen luovutustapa** | | | | | | | | | | | | | |
|  | Toimitetaan salatulla sähköpostilla | | |  | Toimitetaan postitse | | | | | | |  | Noudetaan toimipaikasta |
|  | Toimitetaan Terveystalo -sovellukseen/verkkopalveluun (ei koske suunterveyttä) | | | | | | | | | | | | |
| **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) | | | | | | | | | | | | | |
| **Pyynnön esittäjän henkilöllisyys todennettu:** | | | | | | | | | | | | | |
|  | Passi (voimassa oleva) | | | | | |  | | Ajokortti (Suomen viranomaisen myöntämä) | | | | |
|  | Poliisin myöntämä kuvallinen henkilökortti | | | | | |  | | | Muu, mikä: | | | |
| Lomakkeen vastaanottopäivä | | | Lomakkeen vastaanottaneen työntekijän kuittaus ja nimen selvennys | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | |