|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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:** | | | | | - | | | |
|  | | | | | | | | |
| Voitte pyytää lokitietojanne enintään kahden edeltävän vuoden ajalta. Tätä vanhempien lokitietojen saaminen edellyttää erityistä syytä (laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä 11 §).  Jos epäilette väärinkäytöstä potilastietojenne käsittelyssä, pyydämme yksilöimään mahdollisimman tarkasti ne seikat, joiden perusteella epäilette asiatonta potilastietojen käsittelyä. Jos epäilynne kohdistuu tiettyyn henkilöön, pyydämme nimeämään kyseisen henkilön. Edellä mainittuun liittyen tuon Terveystalon tietoon seuraavat seikat: | | | | | | | | |
| Tarvittaessa voi käyttää erillistä liitettä. | | | | | | | | |
| Huomioittehan, että lain mukaan lokitietoja ei ole oikeutta käyttää tai luovuttaa edelleen muuhun tarkoitukseen kuin omien potilastietojenne käsittelyyn liittyvien oikeuksienne selvittämistä ja toteuttamista varten. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Pyynnön esittäjän tiedot** | | | | | | | | |
| Etu- ja sukunimi | | | | | | | | |
| Osoite | | | | | | | | |
| Puhelinnumero | | | | | | | | Henkilötunnus |
| Päiväys | | | Allekirjoitus (Digitaalisessa asiointikanavassa välitettyä lomaketta ei tarvitse allekirjoittaa) | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Terveystalon edustaja täyttää** | | | | | | | | |
| Lomakkeen vastaanottopäivä | | | | Lomakkeen vastaanottaneen työntekijän kuittaus ja nimen selvennys | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| Pyynnön esittäjän henkilöllisyys todennettu: | | | | | | | | |
|  | | Passi (voimassa oleva) | | | |  | Ajokortti (Suomen viranomaisen myöntämä) | |
|  | | Poliisin myöntämä kuvallinen henkilökortti | | | |  | Vahva sähköinen tunnistautuminen (Terveystalon digitaalinen asiointikanava) | |
|  | | Muu, mikä: | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Päätös** | | | | | | | | |
|  | | Pyyntö hyväksytty | | Päiväys | Vastaavan lääkärin / hammaslääkärin allekirjoitus | | | |
|  | | Pyyntö evätty ja todistus lähetetty | | Päiväys | Vastaavan lääkärin / hammaslääkärin allekirjoitus | | | | |