

## SELVITYSPYYNTÖ POTILASTIETOJEN KÄSITTELYSTÄ

Käyttäkää tätä lomaketta silloin, kun teillä on epäily asiattomasta potilastietojenne käsittelystä ja haluatte saada asiassa kirjallisen selvityksen.

Pyytäjän tiedot	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite ja postitoimipaikka	
	Puhelinnumero	
	Pvm	Allekirjoitus ja nimenselvennys
Pyynnön perustelu	Yksilöikää mahdollisimman tarkasti ne seikat, joiden perusteella teillä on epäily asiattomasta potilastietojenne käsittelystä ja joiden perusteella pyydätte selvitystä asiassa.	
Ajankohta tai aikajakso	Mikäli pyyntöä ei ole yksilöity ajallisesti, tehdään selvitys tietosuojavaltuutetun toimiston ohjeistuksen mukaisesti takautuvasti enintään kahden vuoden ajalta pyynnön päiväyksestä.	
	Terveyskeskus tai muu yksikkö, jota pyyntö koskee	Jos muu, niin mikä yksikkö?