

HENKILÖTIETOJEN KÄSITTELYÄ KOSKEVA SELVITYSPYYNTÖ / LOKITETOPYYNTÖ

Saapunut:

Dnro:

Vastaanottaja	Keravan sosiaali- ja terveystieteiden toimiala / Kirjaamo
Palautusosoite	Sampolan palvelukeskus, sosiaali- ja terveystieteiden toimiala, kirjaamo Kultasepänkatu 7, 04250 Kerava

Pyynnön esittäjä/ asiakas täyttää	Pyydän tarkastamaan, onko rekisteritietojen käyttö ollut asianmukaista ja hoito/palvelusuhteeseen perustuvaa.
	Rekisterin nimi (rastita tarvittava vaihtoehto) <input type="checkbox"/> potilasrekisteri (koskee terveydenhuollon tietoja) <input type="checkbox"/> asiakasrekisteri (koskee sosiaalihuollon tietoja)
	<input type="checkbox"/> Haluan tarkastusta seuraavalta ajanjaksolta _____ -20_____ - _____ .20_____ <input type="checkbox"/> tarvittaessa erillinen liite (mm. selvityspyyntöön tarkennukset)
Pyynnön esittäjä/ asiakas täyttää	Nimi
	Henkilötunnus
	Osoite / postitoimipaikka ja numero
	Puhelin (tai muut yhteystiedot)
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja aika
	Pyynnön esittäjän allekirjoitus
	Nimen selvennys

Rekisterivastuuhenkilö:

Päiväys	
Allekirjoitus	
Nimen selvennys/ virka-asema	