

Selvityspyyntö asiakas/potilastietojen käsittelystä

Käyttäkää tätä lomaketta, kun Teillä on epäily asiattomasta asiakas/potilastietojenne käsittelystä ja haluatte saada asiasta kirjallisen selvityksen.

Pyytäjän tiedot	Asiakkaan/potilaan nimi ja henkilötunnus
	Osoite ja postitoimipaikka
	Puhelinnumero
	Sähköpostiosoite
	Päiväys ja allekirjoitus nimenselvennyksineen
Pyynnön perustelu	Yksilöikää mahdollisimman tarkasti ne seikat, joiden perusteella Teillä on epäily asiattomasta asiakas/potilastietojenne käsittelystä ja joiden perusteella pyydätte selvitystä asiassa
Ajankohta tai aikajakso ja kohde	Mikäli pyyntöä ei ole yksilöity ajallisesti selvitys tehdään tietosuojavaltuutetun toimiston ohjeistuksen mukaisesti enintään kahden vuoden ajalta pyynnön päiväyksestä
	Sairaanhoidopiiri, sairaala tai muu yksikkö, jota pyyntö koskee

Tuo allekirjoitettu lomake osoitteeseen (varauduthan todistamaan henkilöllisyytesi passilla tai henkilökortilla):

Tietosuojavaltuutettu Päivi Saarinen

Kaunialan Sairaala Oy

Kylpyläntie 19

02700 Kauniainen

tai lähetä sähköpostitse paivi.saarinen@kauniala.fi ja liitä mukaan kopio passista tai henkilökortista