

Patientens namn Potilaan nimi	
Personbeteckning Henkilötunnus	
Adress och telefon Osoite ja puhelinnumero	
Uppgifter om begäran Pyyntöä koskevat tiedot	<p>Med stöd av personuppgiftslagens (523/99) 26 § ber jag om att få veta vilka uppgifter om mig/mitt barn har förts in i ett av er upprätthållna personregister.</p> <p>Pyydän henkilötietolain (523/99) 26 §:n perusteella saada tietää, mitä tietoja minusta/lapsestani on talletettu ylläpitämäännne henkilörekisteriin.</p> <p>Registrets namn _____ Rekisterin nimi _____</p> <p><input type="checkbox"/> Jag vill granska mina uppgifter för tiden _____ <input type="checkbox"/> Haluan tarkistaa tietoni ajalta _____</p> <p><input type="checkbox"/> Jag vill ha dokumenten/uppgifterna nedan _____ <input type="checkbox"/> Haluan alla luetellut asiakirjat/tiedot _____</p>
Mottagare av begäran Pynnön vastaanottaja	<p>Staden Jakobstad, Social- och hälsovårdsverket, Pb 111, 68601 JAKOBSTAD Pietarsaaren kaupunki, Sosiaali- ja terveysvirasto, PI 111, 68601 PIETARSAARI</p> <p>Begäran sänds/inlämnas till vårdande enhet varefter vårdande läkare eller chefsläkare godkänner/förkastar begäran. Pyyntö lähetetään/jätetään hoitavaan yksikköön. Hoitava lääkäri tai johtava lääkäri hyväksyy/hylkää pyynnön. Arkiveras i patientens pappersjournal - Arkivoidaan potilaan paperikansiossa</p>
Patientens underskrift Potilaan allekirjoitus	<p>Ort och datum _____ Paikka ja aika _____</p> <p>Underskrift _____ Allekirjoitus _____</p> <p>Namnförtydligande _____ Nimen selvennys _____</p>
Vårdande läkarens/chefsläkarens godkännande Hoitavan/johtavan lääkärin suostumus	<p><input type="checkbox"/> Begäran godkänns Pyyntö hyväksytään <input type="checkbox"/> Begäran förkastas. Se bifogat intyg! Pyyntö hylätään. Katso liitteenä oleva todistus!</p> <p><input type="checkbox"/> Begäran godkänns. Läkares/vårdpersonals närvaro krävs. Pyyntö hyväksytään. Lääkäriin/hoitohenkilökunnan läsnäoloa vaaditaan.</p> <p>Datum _____ Päivämäärä _____</p> <p>Vårdande läkarens eller chefsläkarens underskrift _____ Hoitavan tai johtavan lääkärin allekirjoitus _____</p> <p>Namnförtydligande _____ Nimen selvennys _____</p>
Kontrollen gjorts Tarkistus tehty	<p>Rätten till insyn har tillgodosetts Tarkistusoikeus on toteutettu</p> <p>Datum _____ Päivämäärä _____</p> <p>Uppgifterna givna av _____ Tietojen antaja _____</p> <p>Namnförtydligande _____ Nimen selvennys _____</p>