


<b>Patientens namn</b> <b>Potilaan nimi</b>	
<b>Personbeteckning</b> <b>Henkilötunnus</b>	
<b>Adress och telefon</b> <b>Osoite ja puhelinnumero</b>	
<b>Orsak till rättelsebegäran</b> <b>Oikaisupyynnön syy</b>	
Med stöd av personuppgiftslagen 29 § kräver jag att ert patientregister korrigeras enligt följande Henkilötietolain 29 §:n nojalla vaadin, että potilasrekisterinne oikaistaan seuraavasti	
<input type="checkbox"/> Följande uppgifter avlägsnas. Ange vilka uppgifter och på vilka grunder i punkten Förklaring. Seuraavat tiedot poistetaan. Kirjoita mitkä tiedot ja millä perusteella kohtaan Selitys.	
<input type="checkbox"/> Följande uppgifter ändras. Ange vilka uppgifter, den förslagna ändringen och grunderna för ändringen i punkten Förklaring. Seuraavat tiedot muutetaan. Kirjoita mitkä tiedot, korjausehdotus ja millä perusteella kohtaan Selitys.	
<input type="checkbox"/> Följande uppgifter fogas som komplettering till min patientjournal. Ange vilka uppgifter och grunderna till kompletteringen i punkten Förklaring. Seuraavat tiedot liitetään täydennyksenä potilaskertomukseeni. Kirjoita mitkä tiedot ja millä perusteella kohtaan Selitys	
Förklaring: Selitys:	
<hr/> <hr/> <hr/>	
 <b>Underskrift av den som begär</b> <b>Pyytäjän allekirjoitus</b>	<b>Ort och datum</b> <b>Paikka ja aika</b> _____ <b>Underskrift</b> <b>Allekirjoitus</b> _____ <b>Namnförtydligande</b> <b>Nimen selvennys</b> _____
<b>Mottagare (registeransvarig)</b> <b>Vastaanottaja (rekisterinpitäjä)</b>	Staden Jakobstad, Social- och hälsovårdsverket Pietarsaaren kaupunki, Sosiaali- ja terveysvirasto Mottagare av begäran Pynnön vastaanottaja _____ Begäran sänds/inlämnas till vårdande enhet varefter vårdande läkare eller chefsläkare godkänner/förkastar begäran. Arkiveras i patientens pappersjournal. Pyyntö lähetetään/jätetään hoitavaan yksikköön. Hoitava lääkäri tai johtava lääkäri hyväksyy/hylkää pyynnön. Arkivoidaan potilaan paperikansiossa.
<b>Vårdande</b> <b>läkarens/chefsläkarens</b> <b>godkännande</b> <b>Hoitavan/johtavan lääkärin</b> <b>suostumus</b> Datum – Päivämäärä	<input type="checkbox"/> Begäran godkänns <input type="checkbox"/> Pyyntö hyväksytään <input type="checkbox"/> Begäran förkastas. Se bifogat intyg! <input type="checkbox"/> Pyyntö hylätään. Katso liitteenä oleva todistus! Vårdande läkarens eller chefsläkarens underskrift Hoitavan tai johtavan lääkärin allekirjoitus _____ Namnförtydligande Nimen selvennys _____