

POTILASTIETOJEN TARKASTUSPYYNTÖ			
Pyynnön esittäjän tiedot			
Etunimet		Sukunimi (myös entinen)	
Henkilötunnus		Puhelinnumero	
Katuosoite			
Postinumero		Postitoimipaikka	
Pyynnön kohde	<input type="checkbox"/> Minä itse	<input type="checkbox"/> Huollettavani	<input type="checkbox"/> Valtuuttajani, edunvalvottavani
Mikäli pyyntö koskee valtuuttajaa tai edunvalvottavaa, liitä pyyntöön kopio valtakirjasta, edunvalvontapäätöksestä tai vahvistetusta edunvalvontavaltuutuksesta.			
Huollettavan, valtuuttajan tai edunvalvottavan tiedot, mikäli pyyntö koskee häntä			
Etunimi		Sukunimi	
Henkilötunnus			
Pyyntöä koskevat tiedot			
Paikkakunnat/yksiköt, joiden terveyspalveluissa olen asioinut ja joiden tietoja haluan tarkastaa:			
Haluan tarkastaa seuraavat asiakirjat/tiedot (esim. sairaala, terveysasema, suunterveys, neuvola, kouluterveydenhuolto jne.):			
Ajanjakso, jolla tiedot pyydetään:			
Paikka ja aika	Allekirjoitus		

Lomake palautetaan postitse osoitteeseen:

Keski-Suomen hyvinvointialueen kirjaamo
Hoitajantie 1
40620 Jyväskylä

tai sähköisesti turvapostilla seuraavasti:

- mene osoitteeseen: <https://turvaposti.hyvaks.fi>
- tunnistaudu turvapostiin
- lähetä lomake turvapostin liitteenä vastaanottajalle HyvaKS Kirjaamo

Mikäli pyyntöni evätään, saan asiasta kirjallisen kieltäytymistodistuksen. Todistuksessa ohjeet, kuinka voin saattaa asiani tietosuojavaltuutetun ratkaistavaksi.