



## Asiakastietojen kopiopyyntö

Asiakkaan nimi	Henkilötunnus
Aikaisempi nimi	Huoltajan nimi
Puhelinnumero	
Tietojen lähetysosoite	

Haluan kopiot seuraavista sosiaalihuollon tiedoista

Olen asioinut seuraavilla paikkakunnilla, missä \_\_\_\_\_

Aikuisten sosiaalityö  
 Kehitysvammapoliklinikka  
 Koulukuraattori (perusopetus, 2-asteen koulutus)  
 Kuntouttava työtoiminta  
 Lapsiperheiden kotipalvelu  
 Lapsiperheiden sosiaalityö (lastensuojelu, shl-asiakkuus)  
 Lastensuojelulaitos, Salmila  
 Lastensuojelulaitos tai ammatillinen perhekoti, yksikön nimi \_\_\_\_\_  
 Lastenvalvoja  
 Omaishoidontuki (yli 65-vuotiaat)  
 Omaishoidontuki (alle 65-vuotiaat)  
 Perheneuvola  
 Perhetyö (1.1.2005 alkaen)  
 Sosiaalipäivystys (palvelu alkanut 2008)  
 Tapaamisten valvonta  
 Toimeentuloturva  
 Tukihenkilöpalvelu  
 Vammaisten asumispalvelut, yksikön nimi \_\_\_\_\_  
 Vammaisten avotyö- ja päivätoiminta  
 Vammaisten sosiaalityö

Ikäihmisten kotipalvelut  
 Ikäihmisten ympärivuorokautiset asumispalvelut, yksikön nimi \_\_\_\_\_

Mahdolliset tarkennukset:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haluan tiedot ajalta: \_\_\_\_\_

Tietojen pyytäminen on pääsääntöisesti maksutonta. Jos pyydät useampia jäljennöksiä sinua koskevista henkilötiedoista, rekisterinpitäjä voi kuitenkin periä niistä maksun, joka kattaa toimenpiteen kustannukset. ([EU:n yleinen tietosuoja-asetus, 12 artikla, kohta 5a](#)) Huoltajan/lailisen edustajan on osoitettava oikeutensa tiedonsaantiin

Päiväys \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Asiakkaan/huoltajan allekirjoitus \_\_\_\_\_

Lomakkeen lähetysosoite: Kainuun keskussairaala, Potilaskertomusarkiston kirjaamo, Sotkamontie 13, 87300 Kajaani