**Potilaskertomustietojen kopiopyyntö**

|  |  |
| --- | --- |
| Potilaan nimi | Henkilötunnus |
| Aikaisempi nimi | Huoltajan nimi |
| Puhelinnumero | |
| Tietojen lähetysosoite | |

|  |
| --- |
| Haluan kopiot seuraavista terveydenhuollon yksiköistä/tiedoista  Keskussairaala  Terveysasema, mikä      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Lääkärin tekstit  Laboratoriotulokset  Röntgenlausunnot  Röntgenkuvat, esim. mri-kuvat, muut sähköiseen kuva-arkistoon tallennetut tutkimukset esim. isotooppitutkimukset, hammastutkimukset, dermatologiset valokuvaukset.  Psykiatrian tiedot  Koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto (muut tiedot kohtaan viimeinen koulu ja päättämisvuosi)  Rokotustiedot  Muut tiedot, mitä      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679&from=FI#d1e2165-1-1))

Emme voi toimittaa Kainuun hyvinvointialueen ulkopuolisia hoitolaitoksia koskevia pyyntöjä.

Huoltajan/laillisen edustajan on osoitettava oikeutensa tiedonsaantiin

Päiväys       /       20

Potilaan/huoltajan allekirjoitus

Lomakkeen lähetysosoite:

Kainuun keskussairaala, Potilaskertomusarkiston kirjaamo, Sotkamontie 13, 87300 Kajaani