



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 päättämivuosi)
 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)

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