



## Potilas- tai asiakasrekisteritietojen korjaamisvaatimus

Rekisterinpitäjä Kainuun hyvinvointialue.

EU:n tietosuoja-asetuksen 16 artiklan mukaisesti rekisterinpitäjän on ilman aiheetonta viivytystä oikaistava, poistettava tai täydennettävä rekisterissä oleva virheellinen, tarpeeton tai puutteellinen tieto.

Alle 12-vuotiaan huoltaja, alle 12-vuotiaan tai vajaavaltaisen laillinen edustaja voivat tehdä rekisteritietojen korjaamisvaatimuksen paperisena tällä lomakkeella tai sähköisenä Omasotessa puolesta asiointin kautta. 12-17 vuotias lapsi tekee korjaamisvaatimuksen itse joko kirjautumalla Omasoteen tai täyttämällä tämän lomakkeen.

Vastaus korjaamisvaatimukseen toimitetaan ilman aiheetonta viivytystä ja viimeistään kuukauden kuluessa pyynnöstä. Mikäli pyyntö on poikkeuksellisen monimutkainen, vastausaikaa voidaan pidentää enintään kahdella lisäkuukaudella. Rekisterinpitäjä on velvollinen ilmoittamaan viivästyksistä.

Ketä korjaamisvaatimus koskee	
Nimi	
Henkilötunnus	
Lähiosoite	
Postinumero ja -toimipaikka	
Puhelin	

Seuraavat tiedot täydennetään vain, jos korjaamisvaatimus tehdään alle 12-vuotiaan tai vajaavaltaisen henkilön puolesta:

Huoltaja tai laillinen edustaja	
Nimi	
Henkilötunnus	
Katuosoite	
Postinumero ja -toimipaikka	
Puhelin	

Laillisen edustajan on osoitettava oikeutensa tiedonsaantiin (kopio valtakirjasta, edunvalvontapäätöksestä tai vahvistetusta edunvalvontavaltuutuksesta). Mikäli pyynnön tekee alle 12-vuotiaan huoltaja, huoltajuus tarkistetaan.

Korjaamisvaatimusta koskevat tiedot	
Mitä tietoja vaatimus koskee	<input type="checkbox"/> Terveystietojen rekisteritietoja, yksikkö: <input type="checkbox"/> Sosiaalihuollon rekisteritietoja, yksikkö:

<input type="checkbox"/> Vaadin seuraavat tiedot <b>poistettavaksi</b> (mainitse kirjauksen tekijä, päivämäärä, poistettava teksti ja perustelut poistolle):
<input type="checkbox"/> Vaadin seuraavat tiedot <b>muutettavaksi</b> (mainitse kirjauksen tekijä, päivämäärä, alkuperäinen teksti ja haluttu muutos perusteluineen):
<input type="checkbox"/> Vaadin seuraavat tiedot <b>täydennyksenä</b> liitettäväksi yllä mainittuun rekisteriin (mainitse kirjauksen tekijä, päivämäärä ja ehdotettu täydennys perusteluineen):

Paikka ja aika	
Allekirjoitus	Nimenselvennys

**Jos mahdollista, liittäkää korjattavasta asiakirjasta kopio, johon olette kirjanneet korjaus/muutosesitykset.**

Allekirjoitettu vaatimus toimitetaan osoitteeseen:

Kainuun keskussairaala  
Potilaskertomusarkiston kirjaamo  
Sotkamontie 13  
87300 Kajaani

Pyynnön voi toimittaa myös turvasähköpostilla osoitteeseen [sote.arkisto@kainuu.fi](mailto:sote.arkisto@kainuu.fi)  
Ohjeet turvasähköpostin lähettämiseen: [Turvaposti | Kainuun hyvinvointialue](#)

Ellei rekisteritietojen korjaamisvaatimustanne hyväksytä, saat asiasta kirjallisen todistuksen perusteluineen (kieltäytymistodistuksen). Voit viedä asiasi tietosuojavaltuutetun käsiteltäväksi, jos katsot, että henkilötietojesi käsittelyssä on rikottu EU:n yleistä tietosuojasetusta.

Lisätietoja tarvittaessa: tietosuojavastaava puh. 044 797 0165