**Asiakasrekisteritietojen tarkastuspyyntö**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pyydän saada tietää, mitä tietoja  minusta tai huollettavastani on talletettu ylläpitämäänne asiakasrekisteriin. | | |
| Asiakkaan nimi | | Henkilötunnus |
| Huoltajan nimi | | Henkilötunnus |
| Lähiosoite | | |
| Postinumero | Postitoimipaikka | Puhelinnumero |
| **Olen asioinut seuraavissa sosiaalihuollon toimipisteissä:** | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| **Haluan tarkastaa asiakasrekisterin tiedot henkilökohtaisesti rekisterinpitäjän luona** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Päiväys ja omakätinen allekirjoitus** |  |
| **Nimen selvennys** |  |
| Mikäli yllä olevaan pyyntöön ei voida suostua, rekisterinpitäjän on tietosuoja-asetuksen 12 artiklan kohdan 4 mukaisesti ilmoitettava viipymättä rekisteröidylle syyt siihen ja kerrottava mahdollisuudesta tehdä valitus valvontaviranomaiselle. | |
| Lomakkeen lähetysosoite | Kainuun keskussairaala  Potilaskertomusarkiston kirjaamo  Sotkamontie 13  87300 Kajaani |
| Lisätietoja tarvittaessa | Tietosuojavastaava puh. 044 797 0165 |

**Rekisterinpitäjä täyttää**

Päätös tietojen luovuttamisesta (tehtävä viimeistään kuukauden kuluessa pyynnön vastaanottamisesta, tai ilmoitettava pyytäjälle viivästymisestä)

**Suostun**  **En suostu**

|  |  |
| --- | --- |
| **Päiväys ja allekirjoitus** | . 20 |
| **Nimenselvennys ja virka-asema** |  |