



Asiakasrekisteritietojen tarkastuspyyntö

Pyydän saada tietää, mitä tietoja <input type="checkbox"/> minusta tai <input type="checkbox"/> huollettavastani on talletettu ylläpitämäännne asiakasrekisteriin.		
Asiakkaan nimi		Henkilötunnus
Huoltajan nimi		Henkilötunnus
Lähiosoite		
Postinumero	Postitoimipaikka	Puhelinnumero
Olen asioinut seuraavissa sosiaalihuollon toimipisteissä:		
<input type="checkbox"/> Haluan tarkastaa asiakasrekisterin tiedot henkilökohtaisesti rekisterinpitäjän luona		

Päiväys ja omakätinen allekirjoitus	
Nimen selvennys	
Mikäli yllä olevaan pyyntöön ei voida suostua, rekisterinpitäjän on tietosuojasetuksen 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	