



Asiakastietojen kopiopyyntö

Asiakkaan nimi	Henkilötunnus
Aikaisempi nimi	Huoltajan nimi
Puhelinnumero	
Tietojen lähetysosoite	

Haluan kopiot seuraavista sosiaalihuollon tiedoista

Olen asioinut seuraavilla paikkakunnilla, missä _____

- Aikuissosiaalityö
- Kehitysvammapoliklinikka
- Kotona asumista tukevat palvelut
- Kuntouttava työtoiminta
- Lapsiperheiden kotipalvelu
- Lastensuojelu
- Lastensuojelulaitos, yksikön nimi _____
- Lastenvalvoja
- Perheneuvola
- Perhetyö (1.1.2005 alkaen)
- Sosiaalipäivystys (palvelu alkanut 2008)
- Tapaamisten valvonta
- Toimeentuloturva
- Tukihenkilöpalvelu
- Vammaispalvelut
- Ikäihmisten ympärivuorokautiset hoivapalvelut, yksikön nimi _____

Mahdolliset tarkennukset:

Haluan tiedot ajalta: _____

Asiakastiedot on oikeus saada kerran vuodessa maksutta. Huoltajan/laillisen edustajan on osoitettava oikeutensa tiedonsaantiin

Päiväys _____ / _____ 20_____

Asiakkaan/huoltajan allekirjoitus _____

Lomakkeen lähetysosoite: Kainuun keskussairaala, Potilaskertomusarkiston kirjaamo, Sotkamontie 13, 87300 Kajaani