

Ansökan inkommit . . . 202

- Jag ber om att få granska vilka uppgifter om mig som har lagrats i patientregistret.
- Jag begär i egenskap av vårdnadshavare / intressebevakare / befullmäktigad att få veta vilka personuppgifter om mitt minderåriga barn / min huvudman / min fullmaktsgivare som behandlas i det register som ni upprätthåller.  
**Om du fungerar som intressebevakare eller befullmäktigad, vänligen bifoga fullmakten.**

|                   |  |
|-------------------|--|
| <b>Motivering</b> |  |
|-------------------|--|

|  |  |                     |
|--|--|---------------------|
| <b>Begäran om insyn gäller</b>                                 | Namn (även tidigare efternamn)   |                     |
|  | Personbeteckning   |                     |
|  | Adress   | Postnummer och -ort |
|  | Leveransadress för patientuppgifter  |                     |
|  | Telefonnummer  | E-post              |
| <b>Vårdnadshavare s/förmyndarens/ partens kontaktuppgifter</b> | Namn och personbeteckning (obligatorisk om svaret levereras elektroniskt)  |                     |
|  | Adress   | Postnummer och -ort |
|  | Telefonnummer  | E-post              |
| <b>Kommun</b>  | Östra Nylands välfärdsområdets kommun där servicen eller vården har fåtts:   |                     |
|  | <input type="checkbox"/> Askola <input type="checkbox"/> Lapträsk <input type="checkbox"/> Lovisa <input type="checkbox"/> Mörskom<br><input type="checkbox"/> Borgå <input type="checkbox"/> Pukkila <input type="checkbox"/> Sibbo |                     |
| <b>Tidsperiod</b>  | Jag begär dokument från tidsperioden:  |                     |

|   |  |                          |
|---|--|--------------------------|
| <p><b>Innehåll i begäran om insyn</b></p> | <p>Begäran om insyn gäller:</p> <p><input type="checkbox"/> Skolhälsovårdens dokument</p> <p>Rådgivningens dokument: <input type="checkbox"/> barnrådgivningen och/eller <input type="checkbox"/> mödrarrådgivningen</p> <p><input type="checkbox"/> Dokument från läkar- och sjuksköttarmottagningen inom primärvården</p> <p><input type="checkbox"/> Röntgens dokument</p> <p><input type="checkbox"/> Tandvårdens dokument</p> <p><input type="checkbox"/> Annat, vad?</p> |                          |
| <p><b>Patientdokument</b></p>             | <p>Specifera nedan vilka uppgifter begärs (bl.a. användningsändamål, vårdenhet, sjukdom, skada).<br/>Observera att dokument över den vård som genomförts vid Borgå sjukhus eller någon annan enhet inom HNS ska begäras från HNS (specialsjukvård).</p>  |                          |
| <p><b>Dokumentens leveranssätt</b></p>    | <p><input type="checkbox"/> Som krypterad e-post (Turvaposti)</p> <p><input type="checkbox"/> Per post (levereras som rekommenderat brev)</p> <p><input type="checkbox"/> Muntligt</p>   |                          |
| <p><b>Datum och plats</b></p>             | <p>Datum</p>   | <p>Plats</p>             |
| <p><b>Underskrift</b></p>                 | <p>Underskrift</p>   | <p>Namnförtydligande</p> |

**Begäran om insyn i hälsovårdens registeruppgifter ska levereras till adressen:**

Östra Nylands välfärdsområde  
Registratur  
Tullportsgatan 1  
06100 Borgå

Blanketten skall vara daterad och undertecknad för hand. Om underskriften saknas kan den begärda informationen inte levereras.

Var och en har rätt att ta del av de uppgifter som ingår i en myndighetshandling och som gäller hen själv (Lag om offentlighet i myndigheternas verksamhet 621/1999 12 §).

Uppgifter i journalhandlingarna är sekretessbelagda (Lag om patientens ställning och rättigheter 785/1992 13 §).