

Mottagits __/__/____

DEN BEGÄRANDE	Namn	
	Personbeteckning	
	Adress	Postnummer och -ort
	Telefon	E-post
	Jag är släkt med den avlidne ☐ Nej ☐ Ja, släktskap:	
UPPGIFTER OM DEN AVLIDNE PERSONEN	Namn	
	Personbeteckning	
	Dödsdatum	
KOMMUN	Östra Nylands välfärdsområdets kommun där servicen eller vården har fåtts: ☐ Askola ☐ Lapträsk ☐ Lovisa ☐ Mörskom ☐ Borgå ☐ Pukkila ☐ Sibbo	
TIDSPERIOD	Jag begär dokument från tidsperioden:	
MOTIVERING OCH SYFTE MED ANVÄNDNINGEN AV INFORMATIONEN		
INNEHÅLL I BEGÄRAN	Specificera nedan vilka uppgifter begärs. Observera att dokument över den vård som genomförts vid Borgå sjukhus eller någon annan enhet inom HNS ska begäras från HNS (specialsjukvård)	
DOKUMENTENS LEVERANSSÄTT	☐ Som krypterad e-post (Turvaposti) ☐ Per post Mottagaren ansvarar för korrekt hantering och destruktion av de levererade dokumenten	
DATUM OCH UNDERSKRIFT	Plats och datum Underskrift och namnförtydligande	

Mottagits __/__/____

Uppgifter om den social- eller hälsovård som en avliden person fått under sin livstid får på en motiverad skriftlig ansökan lämnas till den som behöver uppgifterna för att utreda eller tillgodose sina viktiga intressen eller rättigheter i den mån uppgifterna är nödvändiga för detta ändamål. Mottagaren får inte använda eller lämna uppgifterna vidare för något annat ändamål.
(52 §Utlämnande av kunduppgifter efter dödsfall)

Begäran om utlämnande av uppgifter om en avliden person ska levereras till adressen

1) som krypterad e-post (Turvaposti) till adressen kirjaamo@itauusimaa.fi.

Instruktion för att skicka krypterad e-post: [Krypterad e-post - Östra Nylands välfärdsområde](#)

2) eller per post

Östra Nylands välfärdsområde

Registratur

Tullportsgatan 1

06100 Borgå