

Ansökan inkommit / /20

Kontaktuppgifter	Patientens/klientens namn	Personbeteckning
	Adress	Postnummer och -ort
	Leveransadress för patient-/klientregistrets användarlogguppgifter	
	Telefonnummer	E-post (obligatorisk om svaret önskas elektroniskt)
	Jag är <input type="checkbox"/> patient/klient <input type="checkbox"/> vårdnadshavare/förmyndare, namn och telefonnummer:	
Begäran om kontrollering gäller	<input type="checkbox"/> Jag vill kontrollera hälsovårdens patientregistrets användarlogguppgifter. <input type="checkbox"/> Jag vill kontrollera socialvårdens klientregistrets användarlogguppgifter.	
Kommun	Östra Nylands välfärdsområdets kommun som begäran gäller <input type="checkbox"/> Askola <input type="checkbox"/> Lapträsk <input type="checkbox"/> Lovisa <input type="checkbox"/> Mörskom <input type="checkbox"/> Borgå <input type="checkbox"/> Pukkila <input type="checkbox"/> Sibbo	
Tidsperiod	Tidsperiod för kontrollering (högst två år från det datum då begäran inlämnats *) - *Uppgifter utlämnas för utredning och utövande av klientens rättigheter. Klienten har inte rätt att utan särskild orsak få logguppgifter som är äldre än två år. Klienten får inte för något annat ändamål använda eller vidareutlämna logguppgifter som hen erhållit.	
Motivering	Motivering för begäran om kontrollering *	

Dokumentens leveranssätt	<input type="checkbox"/> som krypterad e-post (Turvaposti) <input type="checkbox"/> per post (som ett rekommenderat brev) <input type="checkbox"/> muntligt
Datum	Plats och datum Underteckning och namnförtydligande

Begäran om kontrollering av patient- och/eller klientregistrets användarlogguppgifter skall levereras till adressen:

Östra Nylands välfärdsområde
 Registratur
 Tullportsgatan 1
 06100 Borgå

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

Lagstiftning som dokumentet baserar sig på:

Lag om elektronisk behandling av klientuppgifter inom socialoch hälsovården 159/2007, 18 § 2. mom.