Itä-Uusimaa Hyvinvointialue
Östra Nyland Välfärdsområde

BEGÄRAN OM KONTROLLERING AV PATIENT- OCH/ELLER KLIENTREGISTRETS ANVÄNDARLOGGUPPGIFTER
SEKRETESSBELAGD

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 ☐ patient/klient ☐ vårdnadshavare/förmyndare, namn och telefonnummer:	
Begäran om kontrollering gäller	☐ Jag vill kontrollera hälsovårdens **patientregistrets** användarlogguppgifter. ☐ Jag vill kontrollera socialvårdens **klientregistrets** användarlogguppgifter.	
Kommun	Östra Nylands välfärdsområdets kommun som begäran gäller ☐ Askola ☐ Lappträsk ☐ Lovisa ☐ Mörskom ☐ Borgå ☐ Pukkila ☐ 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 *	

BEGÄRAN OM KONTROLLERING AV PATIENT- OCH/ELLER KLIENTREGISTRETS ANVÄNDARLOGGUPPGIFTER
SEKRETESSBELAGD

Dokumentens leveranssätt	☐ som krypterad e-post (Turvaposti) ☐ per post (som ett rekommenderat brev) ☐ 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 behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården 703/2023 10 § och 11 §.