

Saapunut . . . 202

Yhteystiedot	Potilaan/asiakkaan nimi		Henkilötunnus	
	Lähiosoite		Postinumero ja -toimipaikka	
	Potilas-/asiakasrekisterin käyttölokitietojen toimitusosoite			
	Puhelinnumero		Sähköposti (pakollinen mikäli vastaus halutaan sähköisesti)	
	Olen ☐ potilas/asiakas ☐ huoltaja / laillinen edustaja, nimi ja puhelinnumero:			
Tarkastuspyynnön sisältö	☐ Haluan tarkistaa terveydenhuollon potilasrekisterin ☐ käyttölokitiedot. Haluan tarkistaa sosiaalihuollon asiakasrekisterin käyttölokitiedot.			
Kunta	Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen kunta, jota tarkastuspyyntö koskee ☐ Askola ☐ Lapinjärvi ☐ Loviisa ☐ Myrskylä ☐ Porvoo ☐ Pukkila ☐ Sipoo			
Ajanjakso	Ajanjakso, jolle tarkastus kohdennetaan (enintään kaksi vuotta tarkastuspyynnön päivästä *) - *Tietoja luovutetaan asiakkaan oikeuksien selvittämistä ja toteuttamista varten. Kahta vuotta vanhempia lokitietoja ei luovuteta, jollei siihen ole erityistä syytä. Asiakas ei saa käyttää tai luovuttaa lokitietoja muuhun tarkoitukseen.			
Perustelut	Tarkastuspyynnön perustelut *			

Asiakirjojen toimitustapa	☐ suojattuna sähköpostina (Turvaposti) ☐ postitse (toimitetaan kirjattuna ☐ kirjeenä) suullisesti
Päivämäärä	Paikka ja päivämäärä
	Allekirjoitus ja nimenselvennys

Asiakirjan perusteena oleva laki:

- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä 703/2023 10 § ja 11§

Potilas- ja/tai asiakasrekisterin käyttölokitietojen tarkastuspyyntö tulee toimittaa osoitteeseen:

Itä-Uudenmaan hyvinvointialue
Kirjaamo
Tulliportinkatu 1
06100 Porvoo

Lomakkeen tulee olla päivätty ja omakätisesti allekirjoitettu. Mikäli allekirjoitus puuttuu, ei pyydettyjä tietoja voida toimittaa.