

Asiakas- tai potilasrekisteritietojen käyttörekisterin tarkastuspyyntö

Asiakkaan/potilaan nimi (myös aikaisemmat sukunimet)	Henkilötunnus
Osoite	
Postinumero ja -toimipaikka	Puhelinnumero

Haluan, että potilasrekisteritietojen asianmukainen käyttö ja luovutukset tarkastetaan Siun työterveys Oy:ssä

Aikaväli, jolle tarkastus kohdennetaan (enintään 2 vuotta takautuvasti tämän tarkastuspyynnön päivämäärästä)
Tarkastuspyynnön perustelu*

Allekirjoitus

Päivämäärä	Allekirjoitus ja nimenselvennys**
------------	-----------------------------------

Lomakkeen lähetysosoite: Siun työterveys Oy / hallinto Noljakantie 17a B 80130 Joensuu	Saapunut (Siun työterveys Oy täyttää)
---	---------------------------------------

* 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 (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, 18 § 2. mom.).

** Postitse toimitettavan lomakkeen tulee olla päivätty ja omakätisesti allekirjoitettu. Mikäli allekirjoitus puuttuu, ei pyyntöä voida toteuttaa.

Tarkastuspyyntö arkistoidaan Siun työterveys Oy:n hallinnon arkistoon.