**Asiakasrekisteritietojen tarkastuspyyntö**

|  |
| --- |
| Pyydän saada tietää, mitä tietoja [ ]  minusta tai **[ ]** huollettavastani on talletettu ylläpitämäänne asiakasrekisteriin. |
| Asiakkaan nimi      | Henkilötunnus      |
| Huoltajan nimi      | Henkilötunnus      |
| Lähiosoite      |
| Postinumero      | Postitoimipaikka      | Puhelinnumero      |
| **Olen asioinut seuraavissa sosiaalihuollon toimipisteissä:** |
|       |
|       |
|       |
|       |
| [ ]  **Haluan tarkastaa asiakasrekisterin tiedot henkilökohtaisesti rekisterinpitäjän luona** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Päiväys ja omakätinen allekirjoitus** |   |
| **Nimen selvennys** |       |
| Mikäli yllä olevaan pyyntöön ei voida suostua, rekisterinpitäjän on tietosuoja-asetuksen 12 artiklan kohdan 4 mukaisesti ilmoitettava viipymättä rekisteröidylle syyt siihen ja kerrottava mahdollisuudesta tehdä valitus valvontaviranomaiselle.  |
| Lomakkeen lähetysosoite | Kainuun keskussairaalaPotilaskertomusarkiston kirjaamoSotkamontie 1387300 Kajaani  |
| Lisätietoja tarvittaessa | Tietosuojavastaava puh. 044 797 0165 |

**Rekisterinpitäjä täyttää**

Päätös tietojen luovuttamisesta (tehtävä viimeistään kuukauden kuluessa pyynnön vastaanottamisesta, tai ilmoitettava pyytäjälle viivästymisestä)

**[ ]  Suostun** **[ ]  En suostu**

|  |  |
| --- | --- |
| **Päiväys ja allekirjoitus** | . 20 |
| **Nimenselvennys ja virka-asema** |  |