



Käyttäkää tätä lomaketta kun teillä on epäily asiattomasta asiakastietojen käsittelystä ja haluatte saada asiasta kirjallisen selvityksen. Jos haluatte pelkät lokitiedot itsellenne, voitte tilata ne lomakkeella asiakasrekisterin lokitietopyyntö.

<b>Asiakkaan tiedot</b>	
Nimi	
Huoltajan tai laillisen edustajan nimi	
Henkilötunnus	
Puhelin	
Lähiosoite	
Postitoimipaikka ja postinumero	

<b>Selvityspyyntöä koskevat tiedot</b>	
Epäilty väärinkäytön ajankohta	
Miten epäily syntyi	
Epäilty käyttäjä tai tekijä	
Millaisista asiakastiedoista on kyse	
Lisätiedot	

Paikka ja aika	
Allekirjoitus	Nimen selvennös

Selvityspyyntö on pääsääntöisesti henkilökohtainen. Alle 12-vuotiaan huoltaja, alle 12 vuotiaan tai vajaavaltaisen laillinen edustaja voivat tehdä selvityspyynnön. Laillisen edustajan on osoitettava oikeutensa tiedonsaantiin.

Selvityspyynnön viitteeksi pyydämme merkitsemään lisätietokohtaan mahdollisesti aikaisemmin tekemänne lokitietoja koskevan tietopyynnön pyyntöpäivän. Myös kopio aikaisemmin toimitetusta lokitietopyynnöstä on hyvä liittää selvityspyyntöön.

Pyyntö toimitetaan osoitteeseen:  
Kainuun keskussairaala  
Potilaskertomusarkiston kirjaamo  
Sotkamontie 13  
87300 Kajaani

Lisätietoja tarvittaessa: tietosuojavastaava 044 797 0165