



## Asiakastietojen kopioiden pyyntö Kainuun sotesta

Asiakkaan nimi	Henkilötunnus
Aikaisempi nimi	Huoltajan nimi
Puhelinnumero	
Tietojen lähetysosoite	

Haluan kopiot seuraavista sosiaalihuollon tiedoista

Olen asioinut seuraavilla paikkakunnilla, missä \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aikuissosiaalityö  
 Kehitysvammapoliklinikka  
 Kotona asumista tukevat palvelut  
 Kuntouttava työtoiminta  
 Lastensuojelu  
 Perheneuvola  
 Perhetyö  
 Toimeentuloturva  
 Vammaispalvelut  
 Ympäri vuorokautiset hoivapalvelut

Mahdolliset tarkennukset:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haluan tiedot ajalta: \_\_\_\_\_

Asiakastiedot on oikeus saada kerran vuodessa maksutta  
Huoltajan/laillisen edustajan on osoitettava oikeutensa tiedonsaantiin

Päiväys \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20\_\_

Asiakkaan/huoltajan allekirjoitus \_\_\_\_\_

Lomakkeen lähetysosoite:  
Kainuun keskussairaala, Potilaskertomusarkiston kirjaamo, Sotkamontie 13, 87300 Kajaani