



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
 Lastensuojelulaitos, mikä _____
 Lastenvalvoja
 Perheneuvola
 Perhetyö
 Sosiaalipäivystys
 Toimeentuloturva
 Vammaispalvelut
 Ympäri vuorokautiset hoivapalvelut

Mahdolliset tarkennukset:

Haluan tiedot ajalta: _____

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

Päiväys ____ / ____ 20__

Asiakkaan/huoltajan allekirjoitus _____

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