



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