



## 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  
 Kehitysvammaopoliinikka  
 Kotona asumista tukevat palvelut  
 Kuntouttava työtoiminta  
 Lapsiperheiden kotipalvelu  
 Lastensuojelu  
 Lastensuojelulaitos, yksikön nimi \_\_\_\_\_  
 Lastenvalvoja  
 Perheneuvola  
 Perhetyö (1.1.2005 alkaen)  
 Sosiaalipäivystys (palvelu alkanut 2008)  
 Tapaamisten valvonta  
 Toimeentuloturva  
 Tukihenkilöpalvelu  
 Vammaispalvelut  
 Ikäihmisten ympärivuorokautiset hoivapalvelut, yksikön nimi \_\_\_\_\_

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