



Hyvinvointipalvelut
Tornion terveyskeskus

Lokitetöjen tarkastuspyyntö
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastie-
tojen sähköisestä käsittelystä 26§

Tarkastuspyyntö vastaanotettu ____ / ____ 20____ Vastaanottaja _____

Potilaan tiedot	
Nimi	
Huoltajan tai laillisen edustajan nimi	
Henkilötunnus	
Puhelin	
Lähiosoite	
Postinumero ja postitoimipaikka	
Lokitetöpyyntöä koskevat tiedot	
Ajanjakso, jolta tietoja pyydetään	
Perustelu, miksi tietoja halutaan	

Vaitiolovelvollisuus ja käyttötarkoitussidonnaisuus	
Ymmärrän salassa pidettävään henkilötietoon kohdistuvat salassapito -ja vaitiolovelvollisuuteni, kuten on kirjattu EU:n yleiseen tietosuojasetukseen sekä lakiin viranomaisen toiminnan julkisuudesta (22 - 23 §). Sitoudun mahdollisesti saamiini tietojen suojaamiseen asiattomilta pääsystä, en luovuta salassa pidettäviä tietoja eteenpäin, enkä käytä tietoja niitä henkilöitä tai tahoja vastaan, joiden oikeusturvan takaamiseksi salassapito on säädetty.	
Paikka ja aika	
Allekirjoitus	Nimenselvennys

Pyyntö toimitetaan osoitteeseen:

Tornion terveyskeskus / potilaskertomusarkisto

Sairaalakatu 1

95400 TORNIO

Lisätietoja tarvittaessa: tietosuojavastaava puhelin 050 597 2003

Pyydetty tiedot on luovutettu

nähtäväksi

kopioina

Päiväys
Viranhaltijan allekirjoitus, nimenselvennys ja virka-asema