## Selvityspyyntö asiakas-/potilastietojen käsittelystä

## Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 11§

## Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 18 §

Käyttäkää tätä lomaketta, kun Teillä on epäily asiattomasta asiakas-/potilastietojen käsittelystä ja haluatte saada asiasta kirjallisen selvityksen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Potilaan tiedot** | Nimi      | Henkilötunnus      |
| Lähiosoite      | Puhelinnumero      |
| Postinumero ja –toimipaikka      |
| Mikäli asiakkaalla/potilaalla on huoltaja tai laillinen edustaja, hänen nimensä      |
| Päiväys, allekirjoitus ja nimenselvennys |
| **Selvitys-pyyntöä koskevat tiedot** | Epäilty väärinkäytön ajankohta      |
| Miten epäily syntyi – tietojen ilmaiseminen tai hyväksikäyttö      |
| Epäilty käyttäjä tai tekijä      |
| Minkälaisista tiedoista on kysymys tai mihin tietojärjestelmään epäilyt viittaavat      |
| Lisätietoja      |

Selvityspyyntö on pääsääntöisesti henkilökohtainen. Alle 12-vuotiaan huoltaja, alle 12-vuotiaan tai vajaavaltaisen laillinen edustaja voivat tehdä selvityspyynnön. Laillisen edustajan on osoitettava oikeutensa tiedonsaantiin.

Allekirjoitettu lomake lähetetään osoitteeseen **PPSHP Arkisto / tietosuoja-asiat, PL 50, 90029 OYS**.