## 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**.