

JULKISUUSLAIN MUKAINEN TIETOPYYNTÖ

Terveyspalvelut

KENESTÄ TIETOJA PYYDETÄÄN

Nimi	Henkilötunnus
Miltä ajalta tietoja pyydetään:	

MITÄ TIETOJA PYYDETÄÄN

<input type="checkbox"/> Sairaala, mikä sairaala:		
<input type="checkbox"/> Terveysasema, mikä terveysasema:		
<input type="checkbox"/> Tehostettu kotisairaanhoido (Tehosa)	<input type="checkbox"/> Hammashuolto	
<input type="checkbox"/> Armilan kuntoutuskeskus	<input type="checkbox"/> Fysio- ja toimintaterapiapalvelut	
<input type="checkbox"/> Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelut	<input type="checkbox"/> Lastenpsykiatria	<input type="checkbox"/> Nuorisopsykiatria

Lisäselvitys: (Määrittele halutut tiedot tarkasti, esim. hoitanut yksikkö, erikoisala, käynti)

--

Tietojen käyttötarkoitus, jos pyydetään toista henkilöä koskevia tietoja

--

Tietoja pyydetään kopiona asiakirjasta nähtäväksi/luettavaksi

ALLEKIRJOITUS

Päiväys	
Tietojen pyytäjän allekirjoitus (pakollinen)	
Nimenselvennys	
Henkilötunnus	Puhelinnumero

OSOITE, JOHON TIEDOT PYYDETÄÄN TOIMITTAMAAN

Katuosoite	Postinumero ja postitoimipaikka
------------	---------------------------------

ALAIKÄISEN MIELIPIIDE TIEDON LUOVUTTAMISEEN (Täytettävä pyydetessä yli 10 vuotiaan lapsen tietoja)

<input type="checkbox"/> En vastusta tietojen luovuttamista	
Alaikäisen allekirjoitus (pakollinen)	
Nimenselvennys	

Etelä-Karjalan hyvinvointialue siirtää tarvittaessa oma-aloitteisesti tämän tietopyynnön toimivaltaiselle viranomaiselle