

Tietopyyntö asiakas- ja potilastiedoista

Nimi (myös aiemmat sukunimet)	Henkilötunnus
Osoite	
Postinumero ja -toimipaikka	Puhelinnumero
Asiakas- ja potilastietojen toimitustapa ☐ Postitse ☐ Suojatulla sähköpostilla (viestin avaaminen edellyttää vahvaa tunnistautumista)	

Pyydän tiedot seuraavista asiakas- ja potilasasiakirjoistani (yksilöikää mahdollisimman selkeästi asiakirjat, joita tietopyyntönne koskee (esim. sairaus, vamma, hoitojakso, aikaväli)

Asiakas- ja potilasasiakirjoista on oikeus saada tiedot maksutta, jos edellisestä samaa asiakirjaa koskevasta pyynnöstä on kulunut aikaa yli yksi vuosi.

Allekirjoitus*

Päivämäärä	Nimenselvennys:
------------	-----------------

Lomakkeen toimitusosoite	Siun työterveys Oy/Hallinto Noljakantie 17a B 80130 Joensuu	Saapunut (vastaanottaja täyttää)
--------------------------	--	----------------------------------

* Toimitettavan lomakkeen tulee olla päivätty ja allekirjoitettu. Mikäli allekirjoitus puuttuu, ei pyydettyjä kopioita voida toimittaa.

Potilasasiakirjat ovat salassa pidettävää tietoa (laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä 703/2023, 4 §). Vastuu toimitettujen asiakirjojen asianmukaisesta käsittelystä sekä hävittämisestä on vastaanottajalla.