

Lähetetään osoitteella:

Lapin sairaanhoidopiirin kuntayhtymä
Johtajaylilääkäri
PL 8041
96101 ROVANIEMI

Pyydän saada tietää (Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta § 11(21.5.1999/62)) kuka on katsonut potilas-/asiakastietojärjestelmässä olevia tietoja minusta/huollossani olevista lapsista

Yksilöi Lapin sairaanhoidopiirin kuntayhtymän toimintayksikkö, jota pyyntö koskee

_____ Ajanjaksolta _____ - _____

Tiedot pyydetään toimitettavaksi _____ postitse _____ henkilökohtaisesti _____

Henkilö, josta tietoja pyydetään

Nimi _____ Henkilötunnus _____

Yhteystiedot:

Nimi _____

Osoite _____

Puhelin _____

Paikka _____ / _____ 20 _____

allekirjoitus

nimen selvennys

(Viranomaistaho täyttää)

Pyyntö toteutettu _____ / _____ 20 _____

Tietojen antaja _____

Lokitetietojen luovutus

Luovutustapa

Henkilökohtaisesti tietoja pyytäneelle

Postitse pyytäjän ilmoittamaan jakeluosoitteeseen

Tietojen luovuttaja Nimi _____

Asema _____

Paikka _____ / _____ 20 _____

allekirjoitus

nimen selvennys