

POTILASTIETOJEN TARKASTUSPYYNTÖ			
<b>Pyynnön esittäjän tiedot</b>			
Etunimet		Sukunimi (myös entinen)	
Henkilötunnus		Puhelinnumero	
Katuosoite			
Postinumero		Postitoimipaikka	
<b>Pyynnön kohde</b>	<input type="checkbox"/> Minä itse	<input type="checkbox"/> Huollettavani	<input type="checkbox"/> Valtuuttajani, edunvalvottavani
Mikäli pyyntö koskee valtuuttajaa tai edunvalvottavaa, liitä pyyntöön kopio valtakirjasta, edunvalvontapäätöksestä tai vahvistetusta edunvalvontavaltuutuksesta.			
<b>Huollettavan, valtuuttajan tai edunvalvottavan tiedot, mikäli pyyntö koskee häntä</b>			
Etunimi		Sukunimi	
Henkilötunnus			
<b>Pyyntöä koskevat tiedot</b>			
Paikkakunnat/yksiköt, joiden terveyspalveluissa olen asioinut ja joiden tietoja haluan tarkastaa:			
Haluan tarkastaa seuraavat asiakirjat/tiedot (esim. sairaala, terveysasema, suunterveys, neuvola, kouluterveydenhuolto jne.):			
Ajanjakso, jolla tiedot pyydetään:			
Paikka ja aika	Allekirjoitus		

**Lomake palautetaan postitse osoitteeseen:**

Keski-Suomen hyvinvointialueen kirjaamo  
Viitaniementie 1 A  
40720 Jyväskylä

**tai sähköisesti turvapostilla seuraavasti:**

- mene osoitteeseen: <https://turvaposti.hyvaks.fi>
- tunnistaudu turvapostiin
- lähetä lomake turvapostin liitteenä vastaanottajalle HyvaKS Kirjaamo

Mikäli pyyntöni evätään, saan asiasta kirjallisen kieltäytymistodistuksen. Todistuksessa ohjeet, kuinka voin saattaa asiani tietosuojavaltuutetun ratkaistavaksi.