

POTILASTIETOJEN TARKASTUSPYYNTÖ			
Pyynnön esittäjän tiedot			
Etunimet		Sukunimi (myös entinen)	
Henkilötunnus		Puhelinnumero	
Katuosoite			
Postinumero		Postitoimipaikka	
Pyynnön kohde	<input type="checkbox"/> Haluan omat potilastietoni <input type="checkbox"/> Haluan huollettavani potilastiedot		
Huollettavan tiedot, mikäli pyyntö koskee huollettavaa			
Etunimi		Sukunimi	
Henkilötunnus			
Pyyntöä koskevat tiedot			
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 lähetetään:

Keski-Suomen hyvinvointialueen kirjaamo
Hoitajantie 1
40620 Jyväskylä

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