



LAPINLAHTI

Lapinlahden kunta
Sosiaali- ja terveystoimisto

Päivitetty 17.7.2019/JK Julkinen

POTILASASIAKIRJAPYYNTÖ

Vastaanottaja: Lapinlahden terveyskeskus

Potilasasiakirjapyyntöön esittäjä

Nimi: _____
Henkilötunnus: _____
Osoite: _____
Puhelinnumero: _____

Pyydän seuraavat tiedot omaan käyttööni:

Tietojen luovutus:

Terveyskeskuksessa Toimitetaan postitse

Päiväys: ___ / ___ 20___ _____
Allekirjoitus ja nimenselvennys

Terveyskeskus täyttää
Jos rekisterinpitäjä kieltäytyy antamasta tietoja, sen tulee antaa asiasta kirjallinen
kieltäytymistodistus (henkilötietolain 28 §), jossa on mainittava myös kieltäytymisen syy.

Pyydetyt tiedot saa luovuttaa: Pyydettyjä tietoja ei saa luovuttaa:

Perustelut: _____

Päiväys: ___ / ___ 20___ _____
Allekirjoitus ja nimenselvennys

Henkilöllisyys todettu: Ajokortti Passi Muu: mikä

Potilasasiakirjojen luovuttaja:

Päiväys: ___ / ___ 20___ _____
Allekirjoitus ja nimenselvennys

Pyyntö tulee toimittaa Lapinlahden terveyskeskuksen potilastoimistoon.