



# LAPINLAHTI

Lapinlahden kunta  
Sosiaali- ja terveystoimisto

Päivitetty 17.7.2019/JK Julkinen

## VAINAJAN POTILASASIAKIRJAPYYNTÖ

Vastaanottaja: Lapinlahden terveyskeskus

Potilasasiakirjapyyntöön esittäjä

Nimi: \_\_\_\_\_

Henkilötunnus: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_

Puhelinnumero: \_\_\_\_\_

Potilasasiakirjapyyntö koskee

Nimi: \_\_\_\_\_

Henkilötunnus: \_\_\_\_\_

Pyydän seuraavat tiedot omaan käyttööni:

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

4 LUKU

13 § (30.6.2000/653)

Potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen salassapito.

Potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salassa pidettäviä.

Terveystoiminnan ammattihenkilö tai muu terveystoiminnan toimintayksikössä työskentelevä taikka sen tehtäviä suorittava henkilö ei saa ilman potilaan kirjallista suostumusta antaa sivulliselle potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja. Jos potilaalla ei ole edellytyksiä arvioida annettavan suostumuksen merkitystä, tietoja saa antaa hänen laillisen edustajansa kirjallisella suostumuksella. Sivullisella tarkoitetaan tässä laissa muita kuin asianomaisessa toimintayksikössä tai sen toimeksiannosta potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvia henkilöitä. Salassapitovelvollisuus säilyy palvelussuhteen tai tehtävän päättymisen jälkeen.

Sen estämättä, mitä 2 momentissa säädetään, saadaan antaa:

5) kuolleen henkilön elinaikana annettua terveyden- ja sairaanhoitoa koskevia tietoja perustellusta kirjallisesta hakemuksesta sille, joka tarvitsee tietoja tärkeiden etujensa tai oikeuksiensa selvittämistä tai toteuttamista varten siltä osin kuin tiedot ovat välttämättömiä etujen tai oikeuksien selvittämiseksi tai toteuttamiseksi; luovutuksensaaja ei saa käyttää tai luovuttaa tietoja edelleen muuhun tarkoitukseen.



# LAPINLAHTI

Lapinlahden kunta  
Sosiaali- ja terveysosasto

Päivitetty 17.7.2019/JK Julkinen

Perustelut mihin tietoja tarvitaan:

---

---

---

Hakemuksen mukaan on liitettävä todistus oikeudesta selvittää vainajan asioita

Tietojen luovutus:

Terveyskeskuksessa  Toimitetaan postitse

Päiväys: \_\_\_ / \_\_\_ 20\_\_\_  
Allekirjoitus ja nimenselvennys

Terveyskeskus täyttää

Pyydetty tiedot saa luovuttaa:

Päiväys: \_\_\_ / \_\_\_ 20\_\_\_  
Allekirjoitus ja nimenselvennys

Henkilöllisyys todettu:  Ajokortti  Passi  Muu: mikä

Potilasasiakirjojen luovuttaja:

Päiväys: \_\_\_ / \_\_\_ 20\_\_\_  
Allekirjoitus ja nimenselvennys

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

Tietoja ei saa luovuttaa:

Perustelut:

---

---

Päiväys: \_\_\_ / \_\_\_ 20\_\_\_  
Allekirjoitus ja nimenselvennys

Pyyntö tulee toimittaa Lapinlahden terveyskeskuksen potilastoimistoon.