

**Tähdellä \* merkityt kohdat ovat pakollisia.**

Voit täyttää lomakkeen valmiiksi tietokoneella ja-/tai tulostaa lomakkeen täytettäväksi. Tyhjennä lomake tulostamisen jälkeen.

**Lähetä lomake: Katso lomakkeen viimeinen sivu.**

**Lokitetopyyntö asiakas- tai  
potilastietojen käsittelystä  
(Laki sosiaali- ja terveydenhuollon  
asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 784/2021)**



Lapin hyvinvointialue  
Lappi buresveadjinguovlu  
Laapi pyereestvaijeemkuávlu  
Lappi pue'rrvääjjamvu'vdd

Tiedonsaantioikeus on pääsääntöisesti henkilökohtainen. Alle 12-vuotiaan huoltaja tai alle 12-vuotiaan/vajaavaltaisen henkilön laillinen edustaja voivat tehdä pyynnön. Laillisen edustajan on osoitettava oikeutensa tiedonsaantiin.

Mikäli tietojen luovuttamiselle ei ole estettä, tietojen pyytäjälle postitetaan listaus potilastietojen käsittelijöistä enintään kahden edellisvuoden ajalta (peruste: Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 784/2021)

**1. Asiakkaan tai potilaan tiedot \***

Nimi

Henkilötunnus

Lähiosoite

Postinumero ja toimipaikka

Puhelinnumero

**2. Huoltajan tai laillisen edustajan tiedot**

Nimi

Lähiosoite

Postinumero ja toimipaikka

Puhelinnumero

### **3. Millä perusteella laillisella edustajalla on oikeus tiedonsaantiin?**

Laillinen edustaja tai henkilön nimeämä edustaja

Alaikäisen (alle 12 vuotta) lapsen huoltaja

Alaikäisen (12 vuotta täyttänyt) lapsen huoltaja, lapsen suostumus saatu

Valtakirja/valtuutus

Muu syy, mikä

### **4. Liitä pyyntöön todistus laillisen edustajan oikeudesta tiedonsaantiin (esim. valtakirja tai suostumus)**

Liitteet

### **5. Asiointipaikka \***

Kolpeneen palvelukeskus

Lapin keskussairaala

Länsi-Pohjan keskussairaala

Terveyspalvelut tarkennus:

Sosiaalipalvelut tarkennus:

Jos pyyntö koskee sosiaalihuollon tietoja, yksilöi toimipisteen tiedot mahdollisimman tarkasti (esim. Rovaniemen A-klinikka/Kemin lastensuojelu).

### **6. Ajanjakso jolta tietoja pyydetään \***

## **7. Lisätietoja**

### **8. Vaitioloovelvollisuus ja käyttötarkoitussidonnaisuus \***

Ymmärrän salassa pidettävään henkilötietoon kohdistuvat salassapito- ja vaitioloovelvoitteeni, kuten on kirjattu lakiin viranomaisen toiminnan julkisuudesta (22-23 §).

Sitoudun mahdollisesti saamieni tietojen suojaamiseen asiattomalta pääsylvä, en luovuta salassa pidettäviä tietoja eteenpäin enkä käytä tietoja niitä henkilöitä tai tahoja vastaan, joiden oikeusturvan takaamiseksi salassapidosta on säädetty.

### **8. Allekirjoitus, nimenselvennys ja päivämäärä \***

Päivämäärä

Nimenselvennys

Allekirjoitus

## Lomakkeen palautusosoitteet

### **Lapin keskussairaala (Rovaniemi)**

Postiosoite:

Lapin hyvinvointialue

PL 8041 96101 Rovaniemi

### **Posion, Ranuan ja Rovaniemen sote-palvelut**

Postiosoite:

Lapin hyvinvointialue kaakkoinen

PL 8042 96101 Rovaniemi

### **Länsi-Pohjan keskussairaala (Kemi) ja Kemin, Keminmaan, Simon, Tervolan, Tornion, Ylitornion sote-palvelut**

Postiosoite:

Lapin hyvinvointialue lounainen

PL 8043 94101 Kemi

### **Enontekiön, Inarin, Kittilän, Kolarin, Muonion, Pellon ja Utsjoen sote-palvelut**

Postiosoite:

Lapin hyvinvointialue pohjoinen

PL 8044 99101 Kittilä

### **Kemijärven, Pelkosenniemen, Sallan, Savukosken ja Sodankylän sote-palvelut**

Postiosoite:

Lapin hyvinvointialue itäinen

PL 8045 99601 Sodankylä

