

Asiakasrekisterin lokitietopyyntö

Pyynnön esittäjän nimi		Henkilötunnus	
Osoite			
Postinumero ja postitoimipaikka		Puhelinnumero	
Aikaväli, jolle tarkastus kohdistetaan (enintään 2 vuotta tarkastuspyynnön päivämäärästä)			
Perustelu yli 2 vuotta vanhempien tietojen tarkastukseen*			
Päivämäärä		Allekirjoitus	

Pyytäjän henkilöllisyys tarkistettu Passi/henkilöllisyystodistus Ajokortti

- Lokitiedot tarkistettu rekisterinpitäjän luona
- Lokitiedot luovutettu asiakkaalle henkilökohtaisesti/kirjeellä
- Lokitietoja ei luovuteta

Paikka ja päiväys

_____. ____/20__

Selvityksen tekijä allekirjoitus _____

Nimen selvennys ja asema _____

Tietoja luovutetaan potilaan oikeuksien selvittämistä ja toteuttamista varten. *Kahta vuotta vanhempia lokitietoja ei luovuteta, jollei siihen ole erityistä syytä.

Asiakas ei saa käyttää tai luovuttaa lokitietoja muihin tarkoituksiin kuin omien asiakas- ja potilastietojen käsittelyyn liittyvien oikeuksien selvittämistä ja toteuttamista varten, rekisterinpitäjällä on myös oikeus kieltäytyä antamasta tietoja (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007 18 §).

Lomake toimitetaan täytettynä ja allekirjoitettuna osoitteella:
 Työterveys Wellamo Oy, Tietosuojavastaava, Saimaankatu 23, 15140 Lahti

Teihin tullaan ottamaan yhteyttä neljän viikon kuluessa pyynnön saapumisesta.