

Vastaanotettu:

## Terveyspalvelujen asianosaisen tiedonsaantipyyntö

Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 11 §. Asianosaisen oikeus tiedonsaantiin.

Hakijalla, valittajalla, tai muulla, jonka oikeutta, etua tai velvollisuutta asia koskee (asianosainen), on oikeus saada asiaa käsittelevältä tai käsitelleeltä viranomaiselta tieto muunkin kuin julkisen asiakirjan sisällöstä, joka voi tai on voinut vaikuttaa hänen asiansa käsittelyyn.

**Pyydän tietoja seuraavien asiakirjojen sisällöstä \_\_\_\_\_ väliseltä ajalta**

<input type="checkbox"/> Avosairaanhoido (lääkäri- tai hoitajavastaanotto)	<input type="checkbox"/> Ehkäisyneuvola
<input type="checkbox"/> Kaupunginsairaala	<input type="checkbox"/> Äitiysneuvola
<input type="checkbox"/> Kuntoutus	<input type="checkbox"/> Lastenneuvola
<input type="checkbox"/> Kuvantamispalvelut	<input type="checkbox"/> Aikuisneuvola
<input type="checkbox"/> Mielenterveys- ja päihdepalvelut	<input type="checkbox"/> Koulu- tai opiskelijaterveydenhuolto
<input type="checkbox"/> Suun terveystyö	

**Asiakirja(t), joista tietoja halutaan:**

**Tarkat perustelut, mihin pyydettyjä tietoja käytetään:**

**Kenen tietoja pyydetään:**

<b>Sukunimi, etunimet</b>	<b>Henkilötunnus (pakollinen)</b>
<b>Osoite</b>	<b>Puhelin</b>

**Pyytäjän tiedot (jos muu kuin henkilö, kenen tietoja pyydetään):**

<b>Sukunimi, etunimet</b>	<b>Henkilötunnus (pakollinen)</b>
<b>Osoite</b>	<b>Puhelin</b>

<b>Tietojen pyytäjä:</b>	<input type="checkbox"/> Omainen (esim. puoliso, tytär/poika) <input type="checkbox"/> Huoltaja (isä/äiti) <input type="checkbox"/> Henkilön nimeämä edustaja <input type="checkbox"/> Muu, mikä _____
--------------------------	---

<b>Tietojen toimitustapa:</b>	<input type="checkbox"/> Haluan tarkastaa tiedot rekisterinpitäjän luona <input type="checkbox"/> Haluan tiedot tulosteena postitse (tiedot toimitetaan VRK:n mukaiseen osoitteeseen saantitodistuskirjeenä) <input type="checkbox"/> Noudan tiedot (henkilöllisyys tarkistetaan)
-------------------------------	---

<b>Päiväys</b>	<b>Tietojen pyytäjän allekirjoitus</b>
----------------	--

Mikäli pakolliset tiedot ovat puutteellisesti täytetty, pyyntöä ei välttämättä pystytä käsittelemään määräajassa ja asianosainen on veloitettu antamaan pyyntöä koskevaa lisätietoa.

<b>Lomakkeen toimitusosoite:</b>	Postiosoite: Terveyspalvelujen tietopyynnöt Kangasalan kaupunki PL 50 36201 Kangasala  Käyntiosoite: Keskusterveysaseman neuvonta, Herttualantie 28 Avoinna ma-pe klo 8 -15
----------------------------------	---

Tietojen luovuttamisesta tehdään aina merkintä asiakas-/potilasrekisteriin.