



RASEBORG  
RAASEPORI

## TIETOPYYNTÖ KOSKIEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON ASIAKAS- JA POTILASASIAKIRJOJA

Etunimi	Sukunimi	
Henkilötunnus	Puhelinnumero	
Katuosoite	Postinumero ja -toimipaikka	
Sähköposti		
Pyydän tietoja <input type="checkbox"/> itsestäni <input type="checkbox"/> alaikäisestä lapsestani, nimi ja henkilötunnus: <input type="checkbox"/> muusta henkilöstä, nimi ja henkilötunnus sekä pyynnön peruste (edunvalvoja, valtakirja, asianosaisuus tms.):		
Pyydetävät tiedot ja ajanjakso, jolta tietoja pyydetään		
Tietojen käyttötarkoitus, mikäli pyyntö koskee muita kuin omia tietoja		
<input type="checkbox"/> Haluan tiedot turvapostina sähköpostiini <input type="checkbox"/> Tutustun tietoihin tietosuojavastaavan luona/asiakirjojen säilytyspaikassa <input type="checkbox"/> Haluan tiedot paperimuodossa kotiosoitteeseeni		
Paikka ja aika		
Allekirjoitus		
<b>Asiakirjapyyntö vastaanotettu</b>	Päivämäärä	Vastaanottaja
<b>Henkilöllisyys tunnistettu</b>	<input type="checkbox"/> Passi / Pass <input type="checkbox"/> Henkilökortti/ Id-kort	<input type="checkbox"/> Ajokortti/ Körkort <input type="checkbox"/> Muu/ Annat
<b>Diaarimerkinnät</b>		