

**Saapumispäivä:**

## ASIANOSAISEN TIEDONSAANTIPYYNTÖ

### Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 11.1§:

"Asianosaisten oikeus tiedonsaantiin. Hakijalla, valittajalla sekä 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. Asianosaisella ei kuitenkaan ole oikeutta asiakirjaan, josta tiedon antaminen olisi vastoin erittäin tärkeää yleistä tai yksityistä etua taikka lapsen etua."

Tietojen saaja ei saa käyttää tai luovuttaa tietoja edelleen muuhun tarkoitukseen. Tämän salassapitovelvollisuuden rikkominen on rangaistavaa rikoslain asianomaisten säännösten mukaisesti. Asiakas-/potilastietojen luovutuksesta tehdään aina merkintä potilas-/asiakasrekisteriin.

Mikäli pakolliset tiedot ovat puutteellisesti täytetty, pyyntöä ei välttämättä pystytä käsittelemään, jolloin asianosainen on velvoitettu antamaan pyyntöä koskevaa lisätietoa.

<b>Pyyntö</b>	<b>Pyydän tietoja seuraavien asiakirjojen/rekisteritietojen sisällöstä:</b>
	<p><b>Avoklinikka Noja</b></p> <p>Haluan tiedot ____/____/____ - ____/____/____ väliseltä ajalta olevista asiakirjoista.</p> <p>Asiakirja(t), joita halutaan: _____</p> <p>_____</p> <p>Tarkat perustelut, miksi tietoja pyydetään ja mihin niitä käytetään:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Perustelu vaikuttaa siihen, mitä tietoja voidaan luovuttaa.</b></p> <p>Tutustun tietoihin rekisterinpitäjän luona. Haluan tiedot kopioina, jotka lähetetään saantitodistuskirjeenä kotiosoitteeseeni.</p>

<p><b>Kenen tietoja pyydetään</b></p> <p><b>Tietojen pyytäjä</b></p> <p><b>Tietojen pyytäjän suhde henkilöön, jonka tietoja pyyntö koskee</b></p>	<p><b>Sukunimi, etunimet (myös entiset nimet) ja henkilötunnus (pakollinen)</b></p>
	<p><b>Sukunimi, etunimet ja henkilötunnus (pakollinen)</b></p>
	<p><b>Osoite, postinumero ja postitoimipaikka sekä puhelinnumero</b></p>
	<p>omainen (esim. puoliso, tytär/ poika) henkilön nimeämä edustaja (valtuutus vaaditaan) muu, mikä: _____</p> <p>Tietojen pyytäjän asianosaisuusasema: _____</p>
<p><b>Päiväys ja allekirjoitus</b></p>	<p><b>Paikka ja aika</b></p>
	<p><b>Pyynnön esittäjän allekirjoitus ja nimenselvennys</b></p>
<p><b>Valtuutus</b></p> <p><b>Päiväys, valtuuttajan allekirjoitus ja nimenselvennys</b></p>	<p><b>Valtuutan alla mainitun henkilön pyytämään yllä mainitut tiedot:</b> Henkilön nimi: _____ Henkilötunnus: _____</p>
	<p>Päiväys: ____ / ____ /20____</p> <p>Allekirjoitus: _____</p> <p>Nimenselvennys: _____</p> <p>Pyyntö lähetetään toimitusjohtajalle osoitteeseen:</p> <p>Lääkärikeskus Nero Rauhankatu 17 65100 Vaasa</p>

<b>Rekisterinpitäjän toimenpiteet:</b>	Tietojen pyytäjän/valtuutetun henkilöllisyys on tarkistettu.
<b>Pyyntö:</b>	Hyväksyty Hylätty
<b>Tiedot on annettu</b>	henkilökohtaisesti pyytäjälle annettu tilaisuus tutustua tietoihin lähetetty  Perustelut: _____ _____ _____
<b>Päiväys, allekirjoitus ja nimenselvennys</b>	Päiväys: ____/____/20____ Allekirjoitus: _____ Nimenselvennys: _____