



Hoitava lääkäri \_\_\_\_\_  
Muu terveydenhuollon \_\_\_\_\_  
ammattihenkilö \_\_\_\_\_

Pyydän saada tietää, mitä tietoja minusta on tallennettu ylläpitämäännne terveys-/sairauskertomusrekisteriin.

- haluan kopiot ajalta: \_\_\_\_\_  
 haluan tarkastaa alla luetellut asiakirjat/tiedot

- haluan tarkastaa \_\_\_\_\_ ajanjaksolla olevat tiedot  
 haluan tarkastaa tiedot seuraavan käynnin yhteydessä:

Päivämäärä: \_\_\_\_\_

Toimintayksikkö: \_\_\_\_\_

Haluan, että tiedot lähetetään minulle alla olevaan osoitteeseen:

Päiväys \_\_\_\_\_

Nimi \_\_\_\_\_  
(selvällä käsialalla tai tekstaten)

Henkilötunnus \_\_\_\_\_

Osoite \_\_\_\_\_

Puhelin \_\_\_\_\_

omakätinen allekirjoitus

Lisätietoja (esimerkiksi liitteenä olevat asiakirjat).

Mikäli tarkastusoikeuteni evätään, rekisterinpitäjän tulee antaa **kieltäytymistodistus**.

<b>Täytetyn lomakkeen voi postittaa osoitteeseen:</b> Forssan sairaala, Potilasarkisto, PL 42, 30101 Forssa	Tiedustelut puh. 03 4191 4320
<b>Psykiatrian arkisto palvelee asiakirja-asioissa</b> <b>Forssan sairaalassa käyneitä psykiatrian asiakkaita</b> Forssan sairaala / Psykiatrian arkisto PL 42, 30101 Forssa	Tiedustelut puh. 03 4191 3650