



Hoitava lääkäri _____
Muu terveydenhuollon _____
ammattihenkilö _____

Pyydän henkilötietolain 26 §:n perusteella saada tietää, mitä tietoja minusta on talletettu ylläpitämääne 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 tästä henkilötietolain 28 §:n mukainen **kieltäytymistodistus**.

Täytetyn lomakkeen voi postittaa osoitteeseen: Forssan sairaala, Potilasarkisto, PL 42, 30101 Forssa tai faksilla nro 03 4191 4321	Tiedustelut puh. 03 4191 4320
Psykiatrian arkisto palvelee asiakirja-asioissa Forssan sairaalassa käyneitä psykiatrian asiakkaita Forssan sairaala / Psykiatrian arkisto PL 42, 30101 Forssa tai faksilla nro 03 4191 3651	Tiedustelut puh. 03 4191 3650