Arbetsmedicinska kliniken i Helsingfors

Begäran om utredning av behandling av patientuppgifter

Om du misstänker att dina patientuppgifter har behandlats utan en laglig grund har du rätt att begära en skriftlig utredning i ärendet.

Blanketten ska skrivas ut, undertecknas och skickas per post till adressen
Arbetshälsoinstitutet PB 40, 00032 ARBETSHÄLSOINSTITUTET eller
via säker e-post till: https://www.turvaposti.fi/viesti/ttl.hoitaja

Vad gäller begäran om utredning? (du kan välja flera alternativ)*

- ☐ Ett loggutdrag från Arbetshälsoinstitutets patientregister som beställts tidigare
- ☐ En eller flera specifika yrkesutbildade personer
- ☐ Utlämnande av uppgifter
- ☐ Annat, vad?

Datum eller tidsintervall som utredningen avser

Startdatum (dd.mm.åååå)*

Slutdatum (dd.mm.åååå)*

Mer information om tidpunkten, till exempel om händelsen omfattar flera datum

Beskriv händelsen och specificera så noggrant som möjligt de omständigheter på grundval av vilka du misstänker att dina patientuppgifter har behandlats utan grund.

Ange här till exempel namnen på de yrkesutbildade personer som du misstänker har behandlat dina uppgifter utan grund eller till vilken instans uppgifter har lämnats ut och vilken instans som har lämnat ut uppgifter. Du kan också lägga till en bild eller skärmdump till exempel från MittKanta som bilaga till blanketten. Utredningen kan behandlas snabbare när ärendet beskrivs så noggrant som möjligt.* (Tilläggstext i separat bilaga)

Kontaktuppgifter till beställaren av begäran om utredning

Personbeteckning:*	
För- och	
efternamn:*	
Adress:*	
Postnummer och postanstalt:* E-postadress:	
Telefonnummer:*	

Att uträtta ärenden för en annan person

Om du sköter ärendet för en annan person, ska du bekanta dig med texten under rubriken Att uträtta ärenden för en annan person på webbplatsen Patientarkivet.

Fyll i personuppgifterna för den patient för vilken ärenden uträttas. Bifoga till denna blankett en fullmakt för uträttande av ärenden för en annan person eller något annat lagligt intyg.

Arbetshälsoinstitutet har rätt att återsända begäran för ytterligare information om fullmakt saknas eller om uppgifterna i fullmakten inte är tillräckliga för att bedöma berättigandet.

Personbeteckning (patient)	
För- och efternamn (patient)	

Mer information (Tilläggstext i separat bilaga)

Datum:*	
Namnförtydligande:*	

Underskrift:*

Fält som är markerade med * är obligatoriska.