Päijät-Hämeen hyvinvointialue

SELVITYSPYYNTÖ POTILAS- JA ASIAKASTIETOJEN KÄSITTELYSTÄ

Käyttäkää tätä lomaketta, mikäli teillä on epäily asiattomasta potilas- tai asiakastietojen käsittelystä ja haluatte asiasta kirjallisen selvityksen.

Pyytäjän tiedot

Nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puhelinnumero
Tietojen toimitustapa ☐ kirjattu kirje ☐ turvasähköposti (vahva tunnistautuminen) ☐ digiposti (Suomi.fi/OmaPosti)	Sähköpostiosoite

Selvityspyyntöä koskevat tiedot

Yksilöikää mahdollisimman tarkasti ne seikat, joiden perusteella teillä on epäilys asiattomasta potilas- tai asiakastietojenne käsittelystä ja joiden perusteella pyydätte selvitystä asiaan.
Ajankohta
Lisätiedot/perustelut

_____ ____ / ____ 20 ____ _____

paikka ja aika pyynnön esittäjän allekirjoitus

Lomake lähetetään täytettynä ja allekirjoitettuna osoitteeseen:

Päijät-Hämeen hyvinvointialue kirjaamo, Keskussairaalankatu 7, 15850 Lahti
tai
Turvasähköpostilla kirjaamoon https://www.turvaposti.fi/vahvatunnistaminen/kirjaamo@paijatha.fi, lisää täytetty lomake liitteeksi.
tai
Suomi.fi/viestit-palvelun kautta https://www.suomi.fi/viestit > Valitse viestin vastaanottaja: Päijät Hämeen hyvinvointialue > Valitse palvelu tai asia: Kirjaamon viestintä > lisää täytetty lomake liitteeksi.