

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
Tiedot toimitetaan minulle <input type="checkbox"/> postitse <input type="checkbox"/> turvasähköpostilla (vaatii vahvan tunnistautumisen) <input type="checkbox"/> digipostilla (suomi.fi/Kivra/OmaPosti)	Sähköpostiosoite

Selvityspyyntöä koskevat tiedot

Yksilöikää mahdollisimman tarkasti ne seikat, joiden perusteella teillä on epäily 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@pajatha.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.