

NOJA

Saapumispvm:

ASIANOSAISEN TIEDONSAANTIPYYNTÖ

Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 11.1§:

"Asianosaisten oikeus tiedonsaantiin. Hakijalla, valittajalla sekä muulla, jonka oikeutta, etua tai velvollisuutta asia koskee (asianosainen), on oikeus saada asiaa käsittelevältä tai käsitteleeltä viranomaiselta tieto muunkin kuin julkisen asiakirjan sisällöstä, joka voi tai on voinut vaikuttaa hänen asiansa käsittelyyn.

Asianosaisella ei kuitenkaan ole oikeutta asiakirjaan, josta tiedon antaminen olisi vastoin erittäin tärkeää yleistä tai yksityistä etua taikka lapsen etua."

Tietojen saaja ei saa käyttää tai luovuttaa tietoja edelleen muuhun tarkoitukseen. Tämän salassapitovelvollisuuden rikkominen on rangaistavaa rikoslain asianomaisten säännösten mukaisesti. Asiakas-/potilastietojen luovutuksesta tehdään aina merkintä potilas-/asiakasrekisteriin.

Mikäli pakolliset tiedot ovat puutteellisesti täytetty, pyyntöä ei välttämättä pystytä käsittelemään, jolloin asianosainen on veloitettu antamaan pyyntöä koskevaa lisätietoa.

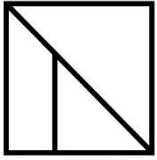
Pyyntö	Pyydän tietoja seuraavien asiakirjojen/rekisteritietojen sisällöstä:
	Avoklinikka Noja <input type="checkbox"/> Haluan tiedot ____/____/____ - ____/____/____ väliseltä ajalta olevista asiakirjoista. <input type="checkbox"/> Asiakirja(t), joita halutaan: _____ _____ <input type="checkbox"/> Tarkat perustelut, miksi tietoja pyydetään ja mihin niitä käytetään: _____ _____ Perustelu vaikuttaa siihen, mitä tietoja voidaan luovuttaa. <input type="checkbox"/> Tutustun tietoihin rekisterinpitäjän luona. <input type="checkbox"/> Haluan tiedot kopioina, jotka lähetetään saantitodistuskirjeenä kotiosoitteeseeni.



NOJA

Saapumispvm:

Kenen tietoja pyydetään	Sukunimi, etunimet (myös entiset nimet) ja henkilötunnus (pakollinen)
Tietojen pyytäjä	Sukunimi, etunimet ja henkilötunnus (pakollinen)
	Osoite, postinumero ja postitoimipaikka sekä puhelinnumero
Tietojen pyytäjän suhde henkilöön, jonka tietoja pyyntö koskee	<input type="checkbox"/> omainen (esim. puoliso, tytär/ poika) <input type="checkbox"/> henkilön nimeämä edustaja (valtuutus vaaditaan) <input type="checkbox"/> muu, mikä: _____ Tietojen pyytäjän asianosaisuusasema: _____
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja aika
	Pyynnön esittäjän allekirjoitus ja nimenselvennys
Valtuutus	Valtuutan alla mainitun henkilön pyytämään yllä mainitut tiedot: Henkilön nimi: _____ Henkilötunnus: _____
Päiväys, valtuuttajan allekirjoitus ja nimenselvennys	Päiväys: ____/____/20____ Allekirjoitus: _____ Nimenselvennys: _____ Pyyntö lähetetään toimitusjohtajalle osoitteeseen: Avoklinikka Noja Raastuvankatu 22 A 65100 Vaasa



NOJA

Saapumispvm:

Rekisterinpitäjän toimenpiteet:	<input type="checkbox"/> Tietojen pyytäjän/valtuutetun henkilöllisyys on tarkistettu.
Pyyntö:	<input type="checkbox"/> Hyväksytty <input type="checkbox"/> Hylätty
Tiedot on annettu	<input type="checkbox"/> henkilökohtaisesti <input type="checkbox"/> pyytäjälle annettu tilaisuus tutustua tietoihin <input type="checkbox"/> lähetetty
	Perustelut: _____ _____ _____
Päiväys, allekirjoitus ja nimenselvennys	Päiväys: ____/____/20____ Allekirjoitus: _____ Nimenselvennys: _____