



JULKISUUSLAIN MUKAINEN TIETOPYYNTÖ

Terveyspalvelut

Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta
(621/1999) 11 §

KENESTÄ TIETOJA PYYDETÄÄN

Nimi	Henkilötunnus
Miltä ajalta tietoja pyydetään:	

MITÄ TIETOJA PYYDETÄÄN

<input type="checkbox"/> Sairaala, mikä sairaala:	
<input type="checkbox"/> Terveysasema, mikä terveysasema:	
<input type="checkbox"/> Hammashuolto	<input type="checkbox"/> Nuorisopsykiatria
<input type="checkbox"/> Ensihoito	<input type="checkbox"/> Perheneuvonta ja nuorten apu
<input type="checkbox"/> Tehostettu kotisairaanhoido (Tehosa)	<input type="checkbox"/> Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelut
<input type="checkbox"/> Armilan kuntoutuskeskus	<input type="checkbox"/> Kotihoito
<input type="checkbox"/> Fysio- ja toimintaterapiapalvelut	<input type="checkbox"/> Asumispalvelut
<input type="checkbox"/> Neuvola ja vauvaperheteriimi	<input type="checkbox"/> Ikäihmisten asumispalvelut
<input type="checkbox"/> Opiskeluhoito	<input type="checkbox"/> Ikäihmisten laitoshoido
<input type="checkbox"/> Kehitykselliset palvelut	<input type="checkbox"/> Muu
<input type="checkbox"/> Lastenpsykiatria	

Lisäselvitys: (Määrittele halutut tiedot tarkasti, esim. hoitanut yksikkö, erikoisala, käynti)

--

Tietojen käyttötarkoitus, jos pyydetään toista henkilöä koskevia tietoja.

--

Tietoja pyydetään kopiona asiakirjasta nähtäväksi/luettavaksi

ALLEKIRJOITUS

Päiväys	
Tietojen pyytäjän allekirjoitus (pakollinen)	
Nimenselvennys	
Henkilötunnus	Puhelinnumero

OSOITE, JOHON TIEDOT PYYDETÄÄN TOIMITTAMAAN

Katuosoite	Postinumero ja postitoimipaikka
------------	---------------------------------

ALAikäISEN MIELIPIIDE TIEDON LUOVUTTAMISEEN (Täytettävä pyydetessä yli 10-vuotiaan lapsen tietoja)

<input type="checkbox"/> En vastusta tietojen luovuttamista	
Alaikäisen allekirjoitus (pakollinen)	
Nimenselvennys	

Etelä-Karjalan hyvinvointialue siirtää tarvittaessa oma-aloitteisesti tämän tietopyynnön toimivaltaisille viranomaisille.