



## VALTUUTUS ASIAKAS- JA POTILASTIETOJEN PYYNTÖÖN

Lähetysosoite:  
Etelä-Savon sosiaali- ja terveystieteiden palvelut  
Asiakas- ja potilasasiakirjakeskus  
Porrassalmenkatu 35-37  
50100 Mikkeli

Saapumispvm:

ASIAKAS / POTILAS, JONKA TIETOJA PYYDETÄÄN	Sukunimi, etunimet	
TIETOJEN PYYTÄJÄ	Sukunimi, etunimet	
	Osoite	Puh.
Mikä on tietojen pyytäjän suhde asiakkaaseen / potilaaseen?	Rastittakaa oikea vaihtoehto: <input type="checkbox"/> omainen (esimerkiksi puoliso, tytär / poika) <input type="checkbox"/> asiakkaan / potilaan huoltaja (esimerkiksi isä / äiti) <input type="checkbox"/> asiakkaan / potilaan nimeämä edustaja <input type="checkbox"/> muu, mikä? _____	

PERUSTELU	
	Luovutuksen saaja ei saa käyttää tai luovuttaa tietoja edelleen muuhun tarkoitukseen.

PÄIVÄYS JA TIETOJEN PYYTÄJÄN ALLEKIRJOITUS JA NIMENSELVENNYS	
---	--

### Täysivaltaisen asiakkaan / potilaan valtuutus tietojen pyytämiseen

ASIAKKAAN / POTILAAN ANTAMA VALTUUTUS	Valtuutan _____ pyytämään asiakas- / potilastietoni.
PÄIVÄYS JA VALTUUTTAJAN ALLEKIRJOITUS JA NIMENSELVENNYS	
REKISTERINPITÄJÄN MERKINNÄT	

Laillisen edustajan pyynnössä pakollisena liitteenä on oltava ote holhousrekisteristä.