

## ASIAKAS- JA POTILASTIETOJEN PYYNTÖ

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

Saapumispvm:

Henkilötiedot	Sukunimi, etunimet	Henkilötunnus
	Osoite (jonne asiakirjat lähetetään)	Puh.

Pyydän valokopioita/tulosteita Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän asiakas- ja potilasrekisteristä seuraavista minua koskevista tiedoista (mikäli tietopyyntö koskee potilastietoja, ilmoittakaa täsmennys, mistä palveluyksiköstä ja vastuualueesta haluatte tiedot):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Potilastiedot:                      | <input type="checkbox"/> Sosiaalihuollon asiakasrekisteritiedot: |
| <input type="checkbox"/> Hirvensalmen hyvinvointiasema       | <input type="checkbox"/> Turvakoti                               |
| <input type="checkbox"/> Juvan hyvinvointikeskus             | <input type="checkbox"/> Perheoikeudelliset palvelut             |
| <input type="checkbox"/> Kangasniemen hyvinvointikeskus      | <input type="checkbox"/> Kuraattori                              |
| <input type="checkbox"/> Mikkelin hyvinvointikeskus          |  |
| <input type="checkbox"/> Mikkelin keskussairaala             |  |
| <input type="checkbox"/> Mäntyharjun hyvinvointikeskus       |  |
| <input type="checkbox"/> Pertunmaan hyvinvointiasema         |  |
| <input type="checkbox"/> Puumalan hyvinvointiasema           |  |
| <input type="checkbox"/> Mielenterveys- ja päihdevastaanotto |  |
| <input type="checkbox"/> Moision sairaala                    |  |
| <input type="checkbox"/> Psykiatria                          |  |

Erikoisala, asiointipaikka \_\_\_\_\_

Mitä tietoja pyydetään \_\_\_\_\_

Alkupäivämäärä, jolta edellä mainitut tiedot pyydetään \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Loppupäivämäärä, jolta edellä mainitut tiedot pyydetään \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Päiväys	
Omakätinen allekirjoitus ja nimen selvennys	