

Etunimi \_\_\_\_\_

Sukunimi \_\_\_\_\_

Syntymäaika / Hetu \_\_\_\_\_

Osoite \_\_\_\_\_

Puhelin \_\_\_\_\_ Sähköposti \_\_\_\_\_

**Pyydän PlusTerveys Hammasklinikat Oy:tä (y-tunnus 3265145-7) tietosuojasetuksen antamien oikeuksieni mukaisesti:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> toimittamaan minusta rekisteröidyt tiedot | <input type="checkbox"/> tietojeni siirtämistä järjestelmästä toiseen  |
| <input type="checkbox"/> virheellisten tietojeni oikaisua          | <input type="checkbox"/> vastustaa henkilötietojeni käsittelyä         |
| <input type="checkbox"/> tietojeni poistamista                     | <input type="checkbox"/> peruuttaa suostumukseni tietojeni käsittelyyn |
| <input type="checkbox"/> tietojeni käsittelyn rajoittamista        |  |

Potilasasiakirjojen säilyttämisestä on erikseen säädetty laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä sosi-aali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjoista (298/2009). Potilastietojen osalta sinulla ei ole mahdolli-suutta pyytää tietojen poistamista.

**Pyyntöni koskee:**

- vain potilastietojani  muita henkilötietojani kuin potilastiedot  kaikkia henkilötietojani

**Hoitoja tehnyt hammaslääkäri ja toimipiste**

**Lisätiedot pyyntöni (esim. tietojen korjaus)**

- Olen toimittanut tämän pyynnön PlusTerveys Oy:n toimipisteeseen ja todistanut henkilöllisyyteni tässä yhteydes-sä. PlusTerveys toimittaa tiedot paperilla. Haluan, että tietoni toimitetaan postitse seuraavaan osoitteeseen:

- Tulen hakemaan tiedot seuraavasta PlusTerveys Oy:n toimipisteestä:

Luovutamme tiedot ainoastaan rekisteröidylle itselleen. Varaudu todistamaan henkilöllisyytesi noutaessasi tietoja.

Paikka ja aika \_\_\_\_\_

Allekirjoitus ja nimenselvennys \_\_\_\_\_

**Toimipisteen merkintöjä**

Henkilöllisyys tarkistettu  passi  ajokortti  henkilökortti

Tarkastajan nimi, pvm + allekirjoitus \_\_\_\_\_

Toimipisteen nimi/leima \_\_\_\_\_