

TIETOSUOJAPYYNTÖ

Etunimi _____

Sukunimi _____

Syntymäaika / Hetu _____

Osoite _____

Pyydän PlusTerveys Hammaslääkärit Oy:tä (y-tunnus 2630918-8) tietosuoja-asetuksen 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

Lisätiedot pyyntöni (esim. tietojen korjaus)

- Olen toimittanut tämän pyynnön PlusTerveys Hammaslääkäreiden toimipisteeseen ja todistanut henkilöllisyy-teni tässä yhteydessä. PlusTerveys toimittaa tiedot paperilla. Haluan, että tietoni toimitetaan postitse seuraavaan osoitteeseen:

- Tulen hakemaan tiedot seuraavasta PlusTerveys Hammaslääkäreiden toimipisteestä:

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

Paikka ja aika

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Toimipisteen merkintöjä

Henkilöllisyys tarkistettu

- passi ajokortti henkilökortti

Tarkastaja, pvm + allekirjoitus
