

## TIETOSUOJAPYYNTÖ

Etunimi \_\_\_\_\_

Sukunimi \_\_\_\_\_

Syntymäaika / Hetu \_\_\_\_\_

Osoite \_\_\_\_\_

**Pyydän PlusTerveys Lääkärit Oy:tä (y-tunnus 361675-9) 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 Lääkäreiden toimipisteeseen ja todistanut henkilöllisyyteni tässä yhteydessä. PlusTerveys toimittaa tiedot paperilla. Haluan, että tietoni toimitetaan postitse seuraavaan osoit-teeseen:

---

- Tulen hakemaan tiedot seuraavasta PlusTerveys Lääkäreiden 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

---