

Förnamn _____

Efternamn _____

Födelsedatum / Personbeteckning _____

Adress _____

Telefon _____ E-postadress _____

Jag begär att PlusTerveys Lääkärit Oy (FO-nummer 0361675-9) i enlighet med mina rättigheter som fastställs i dataskyddsförordningen ska:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> skicka mig de uppgifter som har registrerats | <input type="checkbox"/> flytta mina uppgifter från ett system till ett annat |
| <input type="checkbox"/> om mig rätta till mina felaktiga uppgifter | <input type="checkbox"/> motsätta sig behandling av mina uppgifter |
| <input type="checkbox"/> radera mina uppgifter | <input type="checkbox"/> återkalla mitt samtycke till att behandla mina uppgifter |
| <input type="checkbox"/> begränsa behandlingen av mina uppgifter | |

Förvaringen av journalhandlingar regleras i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) samt i social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar (298/2009). När det gäller patientuppgifter har du inte möjligheten att begära att uppgifterna ska raderas.

Min begäran gäller:

- endast mina patientuppgifter mina andra personuppgifter än patientuppgifter alla mina personuppgifter

Läkaren som gjort behandlingar och kliniken

Ytterligare information om min begäran (t.ex. korrigeringsuppgifter)

- Jag har lämnat in den här begäran till en av PlusTerveys kliniker och bevisat min identitet i samband med detta. PlusTerveys skickar uppgifterna på papper. Jag vill att mina uppgifter ska skickas per post till följande adress:

- Jag ska hämta uppgifterna på följande PlusTerveys-klinik:

Vi lämnar ut uppgifterna endast för den registrerade själv. Var beredd att bevisa din identitet när du hämtar uppgifterna.

Plats och tid _____

Underskrift och namnförtydligande _____

Klinikens anteckningar

Identitet kontrollerad passi körkort identitetskort

Kontrollantens namn, datum + underskrift _____

Klinikens namn/stämpel _____