

Terveyspalvelut**KENESTÄ TIETOJA PYYDETÄÄN**

Nimi	Henkilötunnus
Miltä ajalta tietoja pyydetään:	

MITÄ TIETOJA PYYDETÄÄN

<input type="checkbox"/> Lääkärin vastaanotto		
<input type="checkbox"/> Vuodeosasto		
<input type="checkbox"/> Hammahuolto	<input type="checkbox"/> Neuvolapalvelut	
<input type="checkbox"/> Fysio- ja muut terapiapalvelut	<input type="checkbox"/> Koulu - ja opiskeluterveydenhuolto	<input type="checkbox"/> Psykologin vastaanotto
<input type="checkbox"/> Hoitajan vastaanotto	<input type="checkbox"/> Kotihoito	<input type="checkbox"/> Kotisairaala

Lisäselvitys: (Määrittele halutut tiedot tarkasti, esim. hoitanut toimipiste, käynti)

--

Tietojen käyttötarkoitus, jos pyydetään toista henkilöä koskevia tietoja

--

Tietoja pyydetään kopiona asiakirjasta nähtäväksi/luettavaksi**ALLEKIRJOITUS**

Päiväys	
Tietojen pyytäjän allekirjoitus (pakollinen)	
Nimenselvennys	
Henkilötunnus	Puhelinnumero

OSOITE, JOHON TIEDOT PYYDETÄÄN TOIMITTAMAAN

Katuosoite	Postinumero ja postitoimipaikka
------------	---------------------------------

ALAikäISEN MIELIPIIDE TIEDON LUOVUTTAMISEEN (Täytettävä pyydetessä yli 12 vuotiaan lapsen tietoja)

<input type="checkbox"/> En vastusta tietojen luovuttamista	
Alaikäisen allekirjoitus (pakollinen)	
Nimenselvennys	

Perusturvakuntayhtymä Akseli siirtää tarvittaessa oma-aloitteisesti tämän tietopyynnön toimivaltaisille viranomaisille.