



Mellersta Österbottens social- och
hälsovårdssamkommun

BEGÄRAN ATT FÅ TA DEL AV UPPGIFTER I EGENSKAP AV PART

Har inkommit

Diarium

Registeransvarig: Mellersta Österbottens social- och hälsovårdssamkommun Soite

Adress: Mariegatan 16-20, 67200 Karleby

Den som i ett ärende är sökande eller anför besvär eller någon annan vars rätt, fördel eller skyldighet ärendet gäller (part) har rätt att hos den myndighet som behandlar eller har behandlat ärendet ta del av en myndighetshandling som kan eller har kunnat påverka behandlingen, även om handlingen inte är offentlig. Paragraf 11 i lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet.

Mottagaren av överlåtelsen får inte använda eller överlåta uppgifter vidare för annat ändamål. Brytande mot denna tystnadsplikt är straffbart i enlighet med strafflagens ifrågavarande bestämmelser. Om överlåtelse av klient-/patientuppgifter görs alltid en anteckning i patient-/klientregistret.

För röntgenbilder kan det tas ut en avgift.

Hälso- och sjukvårdens patientregister Socialvårdens klientregister Företagshälsovårdens patientregister

Namnen på personen vars uppgifter begäran gäller, efternamn och samtliga förnamn (även eventuella tidigare namn)	Personbeteckning
Vilka uppgifter begäran gäller	
Tid som begäran gäller	
Motiveringar och användningsändamål. Vad används de begärda uppgifterna till	
Mottagaren av överlåtelsen får inte använda eller överlåta uppgifter vidare för annat ändamål. Hur kommer uppgifterna att skyddas (obligatoriskt)	
Vilket förhållande har personen som begär uppgifter till personen som uppgifterna gäller	
<input type="checkbox"/> anhörig (t.ex. make/maka, dotter/son)	<input type="checkbox"/> vårdnadshavare (pappa/mamma, intressebevakare)
<input type="checkbox"/> en representant som personen utnämnt	<input type="checkbox"/> någon annan, vem:
Partställningen hos personen som begär uppgifter	

Leveransadress
Telefonnummer
Övriga nödvändiga uppgifter

Datum

Underskrift och namnförtydligande

Patient/klient Vårdnadshavare Intressebevakare (som bilaga ett utdrag ur registret över förmynderskapsärenden)

En myndig persons befullmäktigande för begärande av uppgifter

Den befullmäktigades namn	Personbeteckning
Jag befullmäktigar	att begära ovannämnda uppgifter om mig.

Datum

Fullmaktsgivarens underskrift och namnförtydligande

Begäran skickas under adressen:

Mellersta Österbottens social- och hälsovårdssamkommun Soite
Arkivets registratur
Mariegatan 16 - 20, 67200 Karleby

Den registeransvarigas åtgärder:

Identiteten hos personen som begär uppgifter/den befullmäktigade har kontrollerats.

Begäran

har godkänts

har inte godkänts

Uppgifterna har getts

personligen

personen som begärt uppgifterna har getts tillfälle att bekanta sig med uppgifterna

har skickats

Motiveringar

Datum

Underskrift och namnförtydligande