


**POTILASTIEDON KORJAAMISTA
KOSKEVA VAATIMUS**

Lääkärikeskus Hammas Mehiläinen

ASIAKKAAN/POTILAAN TIEDOT:

Asiakkaan/potilaan nimi:

Henkilötunnus:

Katuosoite, postinumero- ja toimipaikka:

.....

Puhelin:

TOIMIPISTEEN JA KIRJAUKSEN TIEDOT:

Toimipiste, jossa kirjaus on tehty:

Tekstin laatijan nimi:

Kirjauksen päivämäärä: / / 20.....

TIEDON KORJAAMISVAATIMUS:

Vaadin seuraavat tiedot tarpeettomina poistettavaksi
(mainitse korjattava tieto, ehdotettu muutos ja perustelut)

.....

Vaadin seuraavat tiedot virheellisinä muutettavaksi
(mainitse korjattava tieto, ehdotettu muutos ja perustelut)

.....

Vaadin seuraavat tiedot täydennyksenä liitettäväksi
(mainitse korjattava tieto, ehdotettu muutos ja perustelut)

.....

Jos tiedon korjaamisvaatimukseen ei suostuta antaa rekisterinpitäjä asiasta kirjallisen kieltäytymistodistuksen, jossa on mainittu syy kieltäytymiselle.

Paikka ja päiväys: / / 20.....

.....

Asiakkaan/Potilaan allekirjoitus ja nimen selvennys

Vaatimuksen vastaanottaminen

Vaatimuksen vastaanottaja/toimipiste täyttää. Vaatimuksen antajan henkilöllisyys tulee varmistaa valokuvallisesta henkilötodistuksesta.

Henkilöllisyyden varmentamisen tapa:

Passi (myöntäjänä Euroopan talousalueen (ETA) jäsenvaltio, Sveitsi tai San Marinon viranomainen)

Ajokortti (Suomen viranomaisen myöntämä)

Poliisin myöntämä kuvallinen henkilökortti

.....
Paikka ja aika

.....
Vaatimuksen vastaanottajan nimi

.....
Vaatimuksen vastaanottajan yksikkö