

POTILASTIEDON KORJAAMISTA KOSKEVA VAATIMUS

Saapumispvm: ____ / ____ 20__

Vastaanottaja: ylilääkäri, Andra Lätt

ASIAKKAAN/POTILAAN TIEDOT	Sukunimi, etunimet	Henkilötunnus
	Osoite	Puh
KORJATTAVAN KIRJAUKSEN TIEDOT	Tekstin laatija:	
	Kirjauksen päivämäärä: / / 20.....	
VAATIMUS (tarvittaessa voit kuvata vaatimuksen erillisellä liitteellä)	<input type="checkbox"/> Vaadin seuraavat tiedot tarpeettomina poistettavaksi (mainitse sanatarkasti poistettava tieto)	
	Perustelut:	
	<input type="checkbox"/> Vaadin seuraavat tiedot virheellisinä muutettavaksi (mainitse korjattava tieto, ehdotettu muutos)	
	Perustelut:	
	<input type="checkbox"/> Vaadin seuraavat tiedot täydennyksenä liitettäväksi (mainitse korjattava tieto, ehdotettu muutos)	
	Perustelut:	
Vaatimuksen esittäjän allekirjoitus	pvm: ____ . ____ . 20 ____	
Allekirjoitettu lomake lähetetään postitse Lapin Kuntoutus OY, Kuntotie 1 96400 Rovaniemi		

Jos tiedon korjausvaatimukseeni ei suostuta, rekisterinpitäjän on henkilötietolain 29 §:n mukaisesti annettava oma-aloitteisesti asiaa koskeva kirjallinen kieltäytymistodistus. Kieltäytymistodistuksessa on mainittava myös kieltäytymisen syy. Rekisteröity voi saattaa kieltäytymisen tietosuojavaltuutetun käsiteltäväksi. Tietosuojavaltuutetun toimiston puhelinnumero on: 029 566 6700 ja telefax: 029 566 Tietosuojavaltuutetun toimisto, PL 800, 00521 Helsinki, internet: www.tietosuoja.fi