

Etunimi _____

Sukunimi _____

Syntymäaika / Hetu _____

Osoite _____

Puhelin _____ Sähköposti _____

Pyydän PlusTerveys Hammaslääkärit Oy:tä (y-tunnus 2630918-8) tietosuojaa-asetuksen antamien oikeuksieni mukaisesti:

- | | |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> toimittamaan minusta rekisteröidyt tiedot | <input type="checkbox"/> tietojeni siirtämistä järjestelmästä toiseen |
| <input type="checkbox"/> virheellisten tietojeni oikaisua | <input type="checkbox"/> vastustaa henkilötietojeni käsittelyä |
| <input type="checkbox"/> tietojeni poistamista | <input type="checkbox"/> peruuttaa suostumukseni tietojeni käsittelyyn |
| <input type="checkbox"/> tietojeni käsittelyn rajoittamista | |

Potilasasiakirjojen säilyttämisestä on erikseen säädetty laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä sosi-aali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjoista (298/2009). Potilastietojen osalta sinulla ei ole mahdolli-suutta pyytää tietojen poistamista.

Pyyntöni koskee:

-
- vain potilastietojani
-
- muita henkilötietojani kuin potilastiedot
-
- kaikkia henkilötietojani

Hoitoja tehnyt hammaslääkäri ja toimipiste**Lisätiedot pyyntööni (esim. tietojen korjaus)**

-
- Olen toimittanut tämän pyynnön PlusTerveysden toimipisteeseen ja todistanut henkilöllisyyteni tässä yhteydes-sä. PlusTerveys toimittaa tiedot paperilla. Haluan, että tietoni toimitetaan postitse seuraavaan osoitteeseen:

-
- Tulen hakemaan tiedot seuraavasta PlusTerveysden toimipisteestä:

Luovutamme tiedot ainoastaan rekisteröidylle itselleen. Varaudu todistamaan henkilöllisyytesi noutaessasi tietoja.

Paikka ja aika _____ Allekirjoitus ja nimenselvennys _____

Toimipisteen merkintöjäHenkilöllisyys tarkistettu passi ajokortti henkilökortti

Tarkastajan nimi, pvm + allekirjoitus _____

Toimipisteen nimi/leima _____