

**Potilasrekisterin käyttö- ja luovutusrekisterin tarkastaminen**

Haluan tarkastaa potilasrekisterin käyttöä ja luovutusta koskevat tiedot.

- Haluan, että tietojen asianmukainen käyttö tarkastetaan Kuopion yliopistollisen sairaalan potilasrekisteristä.
- Haluan, että tietojen asianmukainen käyttö tarkastetaan Kysterin potilasrekisteristä.

Aikaväli, jolle tarkastus kohdennetaan: \_\_\_\_\_

Selvityspyynnön tarkennukset

---

---

---

Haluan edellä mainitut tiedot

- Nähtäväksi rekisterinpitäjän luona
- Kopiona/tulosteena postitse

Nimi \_\_\_\_\_

Henkilötunnus \_\_\_\_\_

Puhelin \_\_\_\_\_

Lähiosoite \_\_\_\_\_

Postitoimipaikka  
ja postinumero \_\_\_\_\_

Allekirjoitus \_\_\_\_\_

Päivämäärä ja paikka \_\_\_\_\_

Nimen selvennys \_\_\_\_\_

Pyyntö toimitetaan osoitteeseen:

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri  
Kirjaamo  
PL 100  
70029 KYS