

Mellersta Österbottens social- och hälsovårdssamkommun Soite

## Begäran att få ta del av uppgifter i egeskap av part

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:

anhörig (t.ex. make/maka, dotter/son)  vårdnadshavare (pappa/mamma, intressebevakare)  en representant som personen utnämnt

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  
nämnda uppgifter om mig.

att begära ovan-

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