**Asiakastietojen kopiopyyntö**

|  |  |
| --- | --- |
| Asiakkaan nimi | Henkilötunnus |
| Aikaisempi nimi | Huoltajan nimi |
| Puhelinnumero | |
| Tietojen lähetysosoite | |

|  |
| --- |
| Haluan kopiot seuraavista sosiaalihuollon tiedoista  Olen asioinut seuraavilla paikkakunnilla, missä      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Aikuissosiaalityö  Kehitysvammapoliklinikka  Kotona asumista tukevat palvelut  Kuntouttava työtoiminta  Lapsiperheiden kotipalvelu  Lastensuojelu  Lastensuojelulaitos, yksikön nimi      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Lastenvalvoja  Perheneuvola  Perhetyö (1.1.2005 alkaen)  Sosiaalipäivystys (palvelu alkanut 2008)  Tapaamisten valvonta  Toimeentuloturva  Tukihenkilöpalvelu  Vammaispalvelut  Ikäihmisten ympärivuorokautiset hoivapalvelut, yksikön nimi      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Mahdolliset tarkennukset:       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Haluan tiedot ajalta:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Asiakastiedot on oikeus saada kerran vuodessa maksutta. Huoltajan/laillisen edustajan on osoitettava oikeutensa tiedonsaantiin

Päiväys       /       20

Asiakkaan/huoltajan allekirjoitus

Lomakkeen lähetysosoite: Kainuun keskussairaala, Potilaskertomusarkiston kirjaamo, Sotkamontie 13, 87300 Kajaani