**Asiakastietojen kopiopyyntö**

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

|  |
| --- |
| Haluan kopiot seuraavista sosiaalihuollon tiedoistaOlen 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