

## BEGÄRAN om kontroll av registeruppgifter

Begäran om kontroll ska vara **skriftlig**.  
Av datasäkerhetsskäl tar vi inte emot begäran om kontroll per e-post.

Postadress:

**Esbo stads social- och hälsovårdssektor**  
**Munhälsovård, kundservicecentralen**  
**PB 2131, 02070 Esbo stad**

### BEGÄRAN

<input type="checkbox"/>	Jag ber med stöd av artikel 15 i EU:s allmänna dataskyddsförordning (2016/679) att få veta vilka uppgifter om mig som har registrerats om munhälsovård i Esbo stads hälsovårds patientregister.
<input type="checkbox"/>	Jag ber med stöd av artikel 15 i EU:s allmänna dataskyddsförordning (2016/679) att som vårdnadshavare få veta vilka uppgifter om mitt minderåriga barn som har registrerats om munhälsovård i Esbo stads hälsovårds patientregister. Barnets namn och personbeteckning: _____
<input type="checkbox"/>	Jag vill kontrollera alla mina uppgifter i registret
<input type="checkbox"/>	Jag vill kontrollera mina uppgifter från följande tidsperiod: _____ - _____
<input type="checkbox"/>	Jag vill ha följande handlingar/uppgifter: _____

### DEN SOM FRAMSTÄLLER BEGÄRAN

Namn	Personbeteckning
Adress	Telefon under tjänstetid

### DATUM OCH UNDERSKRIFT

Ort och datum	Underskrift av den som framställt begäran
---------------	---

### REGISTERFÖRARENS ÅTGÄRDER

Begäran om kontroll av uppgifterna har mottagits, datum:

#### UPPGIFTERNA HAR ÖVERLÅTITS

Uppgifterna har skickats per post till personen som bett om dem, datum: \_\_\_\_\_

Uppgifterna har överlåtits personligen till den som bett om dem, datum: \_\_\_\_\_

#### RÄTTEN ATT KONTROLLERA UPPGIFTERNA HAR FÖRVÄGRATS

Vi vägrar att överlåta uppgifterna

Helt

Delvis, vilka delar: \_\_\_\_\_

Grund för förvägrande:  
\_\_\_\_\_

Du har rätt att lämna besvär över förvägran till Dataombudsmannen.

Adressera besvärsskriften till **Dataombudsmannen, PB 800, 00521 Helsingfors.**

#### DET FINNS INGA UPPGIFTER OM DEN SOM BEGÄRT OM UPPGIFTER UR REGISTRET

Den som begärt om uppgifter har informerats om att det inte finns uppgifter om honom/henne i registret, datum:

### DEN SOM ÖVERLÅTIT UPPGIFTERNA

Datum	Underskrift
-------	-------------