

8.10.2026

Potilas- ja asiakastietojen selvityspyyntö

Paperiset lomakkeet tulee postittaa osoitteeseen: Kirjaamo,
Hanneksenrinne 7 60220 Seinäjoki

Nimi (lomakkeen täyttäjä):	Henkilötunnus:
Osoite (katuosoite, postinumero ja toimipaikka):	
Puhelinnumero:	
Nimi (henkilö, jonka puolesta selvitystä pyydän):	Henkilötunnus:
Osoite (katuosoite, postinumero ja toimipaikka):	
Puhelinnumero:	
Pyyntöni perustuu seuraavaan asianosaisasemaan (laita ruksi oikeaan vaihtoehtoon): Huoltaja, lapsen ikä alle 12 vuotta (huoltajuustieto voidaan tarvittaessa varmentaa): Huoltaja, lapsen ikä yli 12 vuotta (lapsen suostumus tarvitaan, liite toimitettava): Edunvalvoja, edunvalvontavaltuutettu tai henkilön valtuuttama edustaja (liite toimitettava):	
Selvityspyyntöni koskee: Terveystieteiden palveluita: Sosiaalihuollon palveluita: Focus Silmäsairaalan palveluita:	
Ajanjakso, jolta selvityksen pyydän (enintään edellisen kahden vuoden ajalta):	
Asiaan liittyvät henkilöt, palvelu tai yksikkö:	

8.10.2026

Syy ja perustelut, miksi selvitystä pyydän:	
Paikka ja aika / /20	
Allekirjoitus:	Nimenselvennys: