



Asiakirjatunnus

Asiakirjatilauksen tekijä

* Pakollinen tieto

Nimi	Puhelin
Osoite	Sähköposti
Postinumero ja postitoimipaikka	Faksi

Asiakirjatilausta koskevan henkilön tiedot

Henkilön nimi (myös aikaisemmat nimet) *	
Henkilötunnus *	Puhelin
Osoite * ?	Sähköposti
Postinumero ja postitoimipaikka *	

Asiakirjatilauksella pyydetävät tiedot

Tietojen yksilöinti ?					
<input type="checkbox"/> 1.Kantakortti	<input type="checkbox"/> 2.Lääkärintarkastuskortti	<input type="checkbox"/> 3. Rokotustiedot	<input type="checkbox"/> 4.Potilasasiakirjat Keskussotilassairaala Tilkka	<input type="checkbox"/> 5.Röntgenkuvat	<input type="checkbox"/> 6.Röntgen- lausunnot
Puolustusvoimien palkatun henkilökunnan					
<input type="checkbox"/> 7. Nimikirja	<input type="checkbox"/> 8.Työterveyshuollon potilasasiakirjat	<input type="checkbox"/> 9.Muu, mikä ?			
Selvitys tietojen käyttötarkoituksesta ja muut tarkentavat tiedot *					<input type="checkbox"/> Lisätietoja kääntö- puolella

Tietojen toimitusmuoto tai -tapa ?

<input type="checkbox"/> Kopiotilaus	<input type="checkbox"/> Rokotustiedot puhelimitse	<input type="checkbox"/> Alkuperäisen asiakirjan lainaus
Osoite, johon kopiot/lainaus pyydetään toimittamaan ?		
Postinumero ja postitoimipaikka	Puhelinnumero ?	

Asiakirjatilauksen tekijän allekirjoitus

Lupa noudattaa Sotilaslääketieteen arkiston asiakirjojen käsittelystä antamia määräyksiä. Sitoudun viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetun lain (621/1999) 27§:n mukaisesti siihen, etten käytä saamiani asiakirjoja sen henkilön vahingoksi tai halventamiseksi, jota asiakirja koskee, tai hänen läheisensä vahingoksi tai halventamiseksi taikka sellaisten muiden etujen loukkaamiseksi, joiden suojaksi salassapitovollisuus on säädetty. Lain 621/1999 35§:n mukaan tämän sitoumuksen rikkominen on rangaistava teko.

Päiväys *	Allekirjoitus ja nimenselvitys *
-----------	----------------------------------

Suostumuksen antajan allekirjoitus ?

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (13 §), Asevelvollisuuslaki (97 §), mukainen suostumus tietojen käsittelyyn.	
Päiväys ?	Allekirjoitus ja nimenselvitys ?

Sotilaslääketieteen arkisto täyttää

Perustelut	
<input type="checkbox"/> Hyväksytty	
<input type="checkbox"/> Hylätty	
Päiväys	Käsittelijän tehtävä, nimi ja allekirjoitus

Kaikki osat on täytettävä huolellisesti. Tiedot kertautuvat lomaketta täytettäessä, mikäli asiakirjatilauksen tekijä ja asiakirjatilauksen tietojen luovutuksen kohde ovat sama henkilö.

Asiakirjatilauksen tekijä

Kaikki asiakirjatilausta koskevan henkilön tiedot täytetään. Mikäli arkistosihteerin on tavoitettava tekijä asiakirjatilauksen toteuttamiseksi, käytetään näitä tietoja.

Asiakirjatilausta koskevan henkilön tiedot

- Henkilön nimi (myös aikaisemmat nimet); täydennetään tiedot kokonaisuudessaan
- Henkilötunnus; täydennetään tiedot kokonaisuudessaan
- Yhteystiedot; asiakirjatilauksen kohteena olevan henkilön yhteystiedot

Asiakirjatilauksella pyydettävät tiedot

-Tietojen yksilöinti

1. Kantakortti (palvelukseen liittyvät tiedot)
2. Lääkärintarkastuskortti (terveystiedot)
3. Rokotustiedot
4. Potilasasiakirjat, Keskussotilassairaala Tilkka (viimeinen käynti vuosina 1996–2005)
5. Röntgenkuvat (lainataan vain terveydenhuollon yksikölle)
6. Röntgenlausunnot

Puolustusvoimien palkatun henkilökunnan:

7. Nimikirja
8. Työterveyshuollon potilasasiakirjat
9. Muu, mikä?

Rastitetaan oikea vaihtoehto halutusta aineistosta

- Selvitys tietojen käyttötarkoituksesta ja muut tarkentavat tiedot
Käyttötarkoitus täydennettävä aina

Tietojen toimitusmuoto tai -tapa

- Kopiotilaus; Rokotustiedot puhelimitse; Alkuperäisen asiakirjan lainaus (kanta- ja lääkärintarkastuskorttiaineistoa lainataan vain Aluetoimistoille)
Rastitetaan oikea vaihtoehto halutusta toimintatavasta

- Osoite, johon kopiot/lainaus pyydetään toimittamaan
Vastaus asiakirjatilaukseen lähetetään annettuun osoitteeseen.

- Puhelinnumero tietoja varten
Tiedot soitetaan annettuun puhelinnumeroon

Asiakirjatilauksen tekijän allekirjoitus

Täydennettävä aina

- Päiväys
Päivämäärä, jolloin tekijä allekirjoittaa asiakirjatilauksen
- Allekirjoitus (ja nimenselvennys)
Tekijän allekirjoitus ja nimenselvennys

Suostumuksen antajan allekirjoitus

Annetaan suostumus tietojen käsittelyyn

Täydennetään tarvittaessa

- Päiväys
Päivämäärä, jolloin suostumuksen antaja allekirjoittaa asiakirjatilauksen
- Allekirjoitus (ja nimenselvennys)
Suostumuksen antajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Asiakirjatilaus toimitetaan osoitteeseen:

Sotilaslääketieteen arkisto

PL 13

44501 VIITASAARI

Vastaanotettu asiakirjatilaus käsitellään kymmenen arkipäivän kuluessa.