



Dokumentets nummer

Uppgifter om beställaren

* Obligatorisk uppgift

Namn	Telefon
Adress	E-postadress
Postnummer och postanstalt	Fax

Information om den person som beställningen av dokument hänför sig till

Personens namn (även tidigare namn) *	
Personbeteckning *	Telefon
Adress * ?	E-postadress
Postnummer och postanstalt*	

Information som beställs

Specifikation av informationen ?
<input type="checkbox"/> 1. Stamkort <input type="checkbox"/> 2. Läkarundersökningskort <input type="checkbox"/> 3. Information om vaccineringar <input type="checkbox"/> 4. Röntgenbilder <input type="checkbox"/> 5. Röntgenutlåtanden
I fråga om Försvarmaktens avlönade personal
<input type="checkbox"/> 6. Matrikel <input type="checkbox"/> 7. Arbetshälsovårdens patientjournaler <input type="checkbox"/> 8. Annat, vad? _____
Utredning över vad informationen ska användas till och övrig preciserande information * ?
<input type="checkbox"/> Fortsätter på baksidan

Format och sätt för tillställande av information ?

<input type="checkbox"/> Beställning av kopia	<input type="checkbox"/> Utlåning av originaldokumentet
Adress dit kopiorna/de utlånade dokumenten ska skickas ?	
Postnummer och postanstalt	

Underskrift av den som beställer dokumentet

Jag förbinder mig att följa de bestämmelser som Arkivet för militärmedicin ger för hantering av dokument. Jag förbinder mig enligt 27 § i Lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999) att inte använda handlingen för att skada eller skymfa den som handlingen gäller eller hans eller hennes närstående eller för att kränka andra intressen som sekretessplikten är avsedd att skydda. Enligt 35 § i lag 621/1999 är det straffbart att bryta mot denna förbindelse.

Datum * ?	Underskrift och namnförtydligande * ?
-----------	---------------------------------------

Underskrift av den som ger sitt samtycke ? ?

Samtycke till utlämnande av information enligt Lagen om patientens ställning och rättigheter (13 §) och Värnpliktslagen (97 §).	
Datum ?	Egenhändig underskrift och namnförtydligande ?

Ifylls av Arkivet för militärmedicin

Motiveringar	
<input type="checkbox"/> Beviljas	
<input type="checkbox"/> Avslås	
Datum	Underskrift och namnförtydligande

Instruktioner för ifyllande av blanketten

Alla delar ska fyllas i noggrant. Vissa uppgifter upprepas vid ifyllandet av blanketten i det fall då beställaren och den person som den beställda informationen hänför sig till är en och samma person.

Uppgifter om beställaren

All information om den person som beställer dokument ska fyllas i. Om informationstjänstexperten behöver kontakta personen i samband med hanteringen av beställningen av dokument används dessa kontaktuppgifter.

Information om den person som beställningen av dokument hänför sig till

- Personens namn (även tidigare namn): All information ska fyllas i
- Personbeteckning: All information ska fyllas i
- Kontaktinformation: Kontaktuppgifter för den person som beställningen av dokument hänför sig till

Information som beställs

- Specifikation av informationen
 1. Stamkort (information som hänför sig till tjänstgöringen)
 2. Läkarundersökningskort (hälsouppgifter)
 3. Information om vaccineringsar
 4. Röntgenbilder (utlånas endast till hälsovårdsenheter)
 5. Röntgenutlåtanden
- I fråga om Försvarmaktens avlönade personal:
 6. Matrikel
 7. Arbetshälsovårdens patientjournaler
 8. Annat, vad?

Kryssa för rätt alternativ gällande det önskade materialet

- Utredning över vad informationen ska användas till och övrig preciserande information

Format och sätt för tillställande av information

- Beställning av kopia, brev med mottagningsbevis; Utlåning av originaldokumentet (stamkorts- och läkarundersökningsmaterial lånas endast ut till regionalbyråerna)

Kryssa för rätt alternativ gällande önskat sätt för tillställande av information

- Svaret på beställningen av dokument skickas som brev med mottagningsbevis till den adress som anges i beställningen av dokument

Beställarens underskrift

Ska alltid fyllas i.

- Datering
 - Datum då beställaren undertecknar beställningen av dokument
- Egenhändig underskrift (och namnförtydligande)
 - Beställarens egenhändig underskrift och namnförtydligande

Underskrift av den som ger sitt samtycke

Man ger sitt samtycke till utlämnande av information. Fylls i vid behov.

- Datering
 - Datum då den som ger sitt samtycke undertecknar beställningen av dokument
- Underskrift (och namnförtydligande)
 - Underskrift och namnförtydligande av den som ger sitt samtycke

Blanketten för beställning av dokument ska skickas till följande adress:

Sotilaslääketiteen arkisto / Arkivet för militärmedicin
PL 13
44501 Viitasaari

En beställning av dokument behandlas inom **tio** vardagar från det att den mottagits.