

Ansökan till rätt för distansanvändning av registret över smittsamma sjukdomar för den läkare som ansvarar för smittsamma sjukdomar

Hälsosäkerhet
Smittskydd och vaccinationer

1(3)

I enlighet med 40 § i lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) kan Institutet för hälsa och välfärd oberoende av sekretessbestämmelserna lämna ut uppgifter från det riksomfattande registret över smittsamma sjukdomar till den läkare som vid regionförvaltningsverket ansvarar för arbetet med att bekämpa smittsamma sjukdomar i välfärdsområdet eller den läkare som ansvarar för arbetet med att bekämpa smittsamma sjukdomar i HUS-sammanslutningen i den utsträckning det är nödvändigt med tanke på skötseln av de uppgifter som ingår i bekämpningen av smittsamma sjukdomar. På basis av anmälan från den läkare som ansvarar för smittsamma sjukdomar i nedan nämnda välfärdsområde eller HUS-sammanslutningen och användarens åtagande beviljar Institutet för hälsa och välfärd användarnamn till den användare som nämns i punkt 1 till distansanvändningsapplikationen för det riksomfattande registret över smittsamma sjukdomar. Användarnamnet är personlig och får inte ens tillfälligt överlåtas till en annan person. Vid användningen ska de villkor som beskrivs i Användarens åtagande absolut iakttas. Användaren är enligt 23 § i lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999) skyldig att inte röja sekretessbelagda uppgifter som hen fått med stöd av detta tillstånd samt att inte använda sådana uppgifter för egen eller någon annans fördel eller för att skada någon annan.

Anvisningar:

1. Punkterna 1, 2 och 3 på blanketten fylls i av välfärdsområdet.
2. Välfärdsområdet skickar blanketten till Institutet för hälsa och välfärd (**i första hand elektroniskt till ttr@thl.fi** eller per post till **Institutet för hälsa och välfärd, Avdelningen för hälsosäkerhet, Enheten för smittskydd och vaccinationer, Mannerheimvägen 166, 00300 Helsingfors**).
3. Blanketten behandlas, det nödvändiga användarnamn skapas och de nödvändiga instruktionerna skickas till den användare som nämns i punkt 1. Den ursprungliga blanketten arkiveras.

Mer information:

per e-post ttr@thl.fi eller per telefon 029 524 8320.

1. ANVÄNDARENS UPPGIFTER

Välfärdsområdets namn _____

Användarens titel _____

Användarens namn _____

Telefonnummer _____

Postadress _____

E-postadress _____

Ansökan till rätt för distansanvändning av registret över smittsamma sjukdomar för den läkare som ansvarar för smittsamma sjukdomar

Hälsosäkerhet
Smittskydd och vaccinationer

2(3)

2. VÄLFÄRDSOMRÅDETS/HUS-SAMMANSLUTNINGENS/LANDSKAPET ÅLANDS ANMÄLAN

Som samordningsansvarig läkare med ansvar för smittsamma sjukdomar **meddelar jag** att den användare som nämns i punkt 1 är den läkare som ansvarar för smittsamma sjukdomar i välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen enligt 40 § i lagen om smittsamma sjukdomar och som för att sköta sina uppgifter i arbetet med att bekämpa smittsamma sjukdomar behöver få hantera uppgifterna i registret.

Jag förbinder mig, att omedelbart meddela Institutet för hälsa och välfärd om den som använder registret enligt detta tillstånd inte längre sköter de uppgifter i registret över smittsamma sjukdomar som enligt lagen om smittsamma sjukdomar hör till välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen.

Jag försäkrar, att den ovan avsedda användarens datatekniska användningsmiljö gör det möjligt att tryggt behandla sekretessbelagda känsliga personuppgifter och att välfärdsområdet har meddelat tillräckliga administrativa föreskrifter och anvisningar om behandlingen av sekretessbelagda känsliga personuppgifter.

Jag godkänner, att Institutet för hälsa och välfärd eller den som institutet förordnat får kontrollera att användningsmiljön som avses i detta tillstånd är säker samt att de administrativa föreskrifterna och anvisningarna om behandlingen av sekretessbelagda känsliga personuppgifter som getts är tillräckliga under tillståndets giltighetstid eller inom en månad efter det att tillståndet har upphört att gälla.

Jag föreslår, att Institutet för hälsa och välfärd beviljar den som nämns i punkt 1 användarrättigheter till det riksomfattande registret över smittsamma sjukdomar för distansanvändning, vilket gör det möjligt för välfärdsområdet att sköta uppdrag enligt lagen om smittsamma sjukdomar i registret över smittsamma sjukdomar.

Detta tillstånd för distansanvändning av registret över smittsamma sjukdomar gäller från och med

_____ tills dess att välfärdsområdet meddelar något annat / för viss tid till och med _____.

E-postadress dit THL skickar en kopia av det godkända tillståndet för distansanvändning

Datum _____

Titel _____

Underskrift _____

Namnförtydligande _____

Ansökan till rätt för distansanvändning av registret över smittsamma sjukdomar för den läkare som ansvarar för smittsamma sjukdomar

Hälsosäkerhet
Smittskydd och vaccinationer

3(3)

ANVÄNDARENS ÅTAGANDE

Jag försäkrar, att jag är förtrogen med lagen och förordningen om smittsamma sjukdomar samt Social- och hälsovårdsministeriets föreskrifter om anmälningsförfarandet vid smittsamma sjukdomar och Institutet för hälsa och välfärds föreskrifter.

Jag förbinder mig, att behandla uppgifterna i registret endast i den omfattning som är nödvändig för att bekämpa smittsamma sjukdomar.

Jag förbinder mig, att inte ens tillfälligt överlåta inloggningsuppgifterna till det riksomfattande registret över smittsamma sjukdomar som Institutet för hälsa och välfärd beviljat mig eller till den anslutning som öppnats med dem, till någon annan. Jag förbinder mig att använda systemet så att uppgifterna eller den förbindelse jag öppnat inte oavsiktligt hamnar i någon annans bruk.

Jag förbinder mig, att inte använda distansanvändningsapplikationen för det riksomfattande registret över smittsamma sjukdomar på andra arbetsstationer eller med andra dataförbindelser än de som välfärdsområdet anvisat för detta ändamål eller godkänt för distansanvändning.

Jag förbinder mig att meddela, Institutet för hälsa och välfärd om min arbetsuppgift ändras så att jag inte längre behöver användarrätt till distansanvändningsapplikationen för det riksomfattande registret över smittsamma sjukdomar.

Jag förstår, att uppgifterna i systemet är sekretessbelagda.

Datum _____

Underskrift _____

Namnförtydligande _____