

## Begäran om kontroll av personuppgifter

Enligt artikel 15 i EU:s allmänna dataskyddsförordning har Ni rätt att få veta om THL behandlar personuppgifter som gäller Er. Dessutom har Ni rätt att få veta vilka personuppgifter som behandlas och hur de behandlas. Ni har också rätt att få en kopia av Era personuppgifter till den del utlämnandet av kopian inte har skadliga konsekvenser för andra personers rättigheter och friheter. Rätten till kontroll kan också begränsas av en lagstadgad orsak. Begäran om kontroll besvaras i regel inom en (1) månad, men av grundad anledning, till exempel om begäran är omfattande, kan svarstiden förlängas med två (2) månader. Till den del THL inte kan identifiera Er i materialet har Ni inte rätt att kontrollera materialet. En enskild kopia av Era uppgifter är avgiftsfri.

Ni kan göra en begäran som vårdnadshavare eller intressebevakare på ett minderårigt barns vägnar eller på en sådan persons vägnar som står under intressebevakning. Om det är fråga om gemensam vårdnad behövs tillstånd av båda vårdnadshavarna. En minderårig har rätt att kontrollera uppgifter om sig själv, om han eller hon med hänsyn till sin ålder och utvecklingsnivå kan fatta beslut om sina begäranden om insyn.

Begäran gäller:

- Mina egna personuppgifter  Personuppgifter för ett barn i vårdnad eller en person under intressebevakning

### Identifieringsuppgifter:

Namn	Telefonnummer
E-postadress	
Näradress	
Postnummer	Postkontor
Personbeteckning	

Leveransadress, om annan adress än den som nämns i punkten Identifieringsuppgifter:

På följande sida kan Ni meddela vilka uppgifter Ni vill kontrollera.

Jag ber att få veta vilka uppgifter om mig eller om en person i min vårdnad/under intressebevakning som har sparats i följande register och system inom THL:

**Lagstadgade register för hälsovården:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Missbildningsregistret  | <input type="checkbox"/> Registret över födda barn                     |
| <input type="checkbox"/> Implantatregistret      | <input type="checkbox"/> Cancerregister och massundersökningsregistret |
| <input type="checkbox"/> Synskaderegistret       | <input type="checkbox"/> Registret över smittsamma sjukdomar           |
| <input type="checkbox"/> Abortregistret          | <input type="checkbox"/> Vårdanmälningsregistret (Hilmo och AvoHilmo)  |
| <input type="checkbox"/> Steriliseringsregistret | <input type="checkbox"/> THL Biobank                                   |

**Lagstadgade register för socialvården:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Klientinventeringen inom hemvården | <input type="checkbox"/> Vårdanmälningsregistret om socialvården |
| <input type="checkbox"/> Barnskyddsregistret                | <input type="checkbox"/> Registret för utkomststöd               |

**Befolkningsmaterial och forskningsregister:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Den nationella undersökningen FINRISKI                           | <input type="checkbox"/> Nationella undersökningen FinHälsa |
| <input type="checkbox"/> Andra THL:s forsknings- och undersökningsregistrar, vilka: _____ |   |

Mer information om undersökningarna:

<https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/forskning-och-expertarbete/projekt-och-program>

**Andra register:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kommunernas hälso- och socialvårdspersonal  | <input type="checkbox"/> THL:s arbetsgivarregister |
| <input type="checkbox"/> THL:s onlinetjänster  |  |
| <input type="checkbox"/> THL:s övervakningskameror och passagekontroll, tidpunkt: _____  | läge: _____  |
| <input type="checkbox"/> Jag vill dessutom kontrollera följande register, handlingar eller uppgifter:<br>_____<br>_____<br>_____ |  |

Begäran om kontroll ska riktas till perioden:

Jag vill ha en kopia av uppgifterna  elektroniskt  som ett rekommenderat brev  
 jag avhämtar uppgifterna från THL:s verksamhetsställe.

Om Ni skickar blanketten via Suomi.fi-tjänstens meddelandefunktion till [kirjaamo@thl.fi](mailto:kirjaamo@thl.fi), behövs ingen underskrift. Om blanketten lämnas in på annat sätt ska den också dateras och undertecknas.

Ni kan skicka den undertecknade blanketten med skyddad e-post <https://turvaviestit.thl.fi/> till adressen [kirjaamo@thl.fi](mailto:kirjaamo@thl.fi) eller per post till adressen Institutet för hälsa och välfärd, Registratorskontoret, PB 30, 00271 Helsingfors.

\_\_\_\_\_  
Ort och datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Underskrift (vid behov)\*

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande (vid behov)\*

\* Om det är fråga om gemensam vårdnad behövs underskrift av båda vårdnadshavarna. Om uppgifter begärs om ett barn över 10 år behövs i regel också barnets underskrift på begäran.