

Mikkelin I apteekin reseptintoimitukseen liittyvät rekisterit ja niiden sisältö

Rekisterin nimi	Käyttötarkoitus ja peruste	Tietosisältö	Tietojen luovutus	Tietojen säilytysaika
Schengen todistus	Schengen todistuksen antaminen ulkomaan matkaa varten Lakisääteinen	nimi, syntymäaika, syntymäpaikka, osoite, puh.nro, henkilöllisyystodistuksen numero, kansallisuus, sukupuoli, hoitavalääkäri, hoitopaikan yhteystiedot, matkan kesto, lääkkeen tarkat	-	1 vuosi todistuksen voimassaolon päättymisestä
Apteekkisopimus-asiakkaat	Apteekkisopimus-järjestelmä Sopimus	nimi, henkilötunnus, hoitava lääkäri, hoitoyksikkö, apteekkisopimukseen kuuluvat lääketiedot ja sopimuksen voimassaoloaika	Tiedot jaetaan apteekkariliiton ylläpitämän palvelu kautta muille apteekeille	sopimuksen voimassaoloajan
Lääkevalmistus dokumentaatio	Lääkevalmistuksen dokumentaatio Lakisääteinen	nimi, henkilötunnus, reseptitiedot valmistettavasta valmisteesta	valvovalle viranomaisille pyydettyäessä	toimittamisvuoden lopusta 5 vuotta
Tuotevirhe-rekisteri	Tuotevirheiden käsittely	nimi, puhelinnumero, tuotteen tiedot	Tuotteen tiedot myyntiluvan haltijalle (ei asiakkaan tietoja)	5 vuotta laatimisvuoden lopusta
Huumausaineiden toimittamis-rekisteri	Reseptin toimittaminen Lakisääteinen	nimi, toimitettu lääke, lääkkeenmääräjän nimi	Fimealle pyydettyäessä	6 vuotta toimittamisvuoden lopusta
Maksusitoumus-rekisteri	Maksusitoumustietojen ylläpito suostumus	nimi, henkilötunnus, laskutustiedot, sitoumuksen antajan tiedot	Maksusitoumustiedot sitoumuksen myöntäjälle Kela, kunta, yleinen edunvalvoja, työpaikkakassa, vakuutusyhtiö	Enintään 2 kuukautta sitoumuksen päättymisen jälkeen.
Puhelin/paperiresepti-rekisteri	Reseptin toimitus Lakisääteinen	nimi, henkilötunnus, reseptin tiedot	valvovalle viranomaiselle pyydettyäessä	5 vuotta toimittamisvuoden lopusta
Erityislupa-valmisteiden toimittamisrekisteri	Reseptin toimitus Lakisääteinen	nimi, henkilötunnus, erityislupavalmisteen tiedot, lääkkeenmääräjän	Fimea	5 vuotta myöntämivuoden lopusta

Puolesta-asioinnin suostumukset	Suostumus puolesta asioinnista toiselle henkilölle, palvelukodille, kotiroidolle Suostumus	nimi ja henkilötunnus + puolesta asioijan nimi ja henkilötunnus tai hoitavan tahon nimi ja yhteystiedot		12 vuotta voimassaolon päättymisestä
------------------------------------	--	---	--	--