

Suostumus potilastietojen tallentamiseen, hankkimiseen ja luovuttamiseen

Perustiedot

Nimi:	Henkilötunnus:
Osoite:	
Postinumero:	Postitoimipaikka:
Puhelin- tai matkapuhelinnumero:	
Sähköpostiosoite:	

Tietoja potilastietojen käsittelystä

Foibos Klinikin potilaana tietonne tallennetaan sähköiseen potilasrekisteriin, jota ylläpitää Foibos Oy.

Kaikki potilastiedot ovat lain mukaan salassa pidettäviä. Tietojanne käytetään hoitosuhteeseen liittyvien tutkimusten ja hoidon järjestämiseen, suunnitteluun, toteutukseen sekä seurantaan.

Potilastietojanne luovutetaan ulkopuolisille vain luvallanne tai lakiin perustuen. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992 13§ ”Potilaslaki”).

Tämän suostumuksen voi peruuttaa/muuttaa kirjallisesti tai suullisesti milloin tahansa.

Merkitä alle suostumuksenne (rasti ruutuun):

- Olen tutustunut yllä oleviin tietoihin sekä tarkistanut perustiedot.
 - Annan suostumukseni siihen, että potilastietoni **talletetaan** Foibos Oy:n rekisteriin.
 - Annan suostumukseni **hankkia itseäni koskevia hoidon kannalta tarpeellisia sairauskertomustietoja** minua tutkineista ja hoitaneista hoitopaikoista, nimetkää paikat tarvittaessa.
-
- Annan suostumukseni siihen, että **saamastani hoidosta saa antaa palautteen** lähetteen antaneelle taholle.
 - Annan suostumukseni **luovuttaa itseäni koskevia kaikkia hoidon kannalta tarpeellisia tietoja** jatkohoidostani huolehtiville terveydenhoitoyksiköille/lääkäreille.
 - Kiellän hoitotietojeni hankkimisen tai luovuttamisen (yliviivaa tarpeeton).

Paikka:

Päivämäärä:

Allekirjoitus:

Potilaan nimen selvennys: