

REKISTERITIIETOLOMAKE

Rekisteri: **KESKITETYSTI YLLÄPIDETTY FYSIOTERAPIALAITOKSEN JA
ITSENÄISTEN AMMATINHARJOITTAJIEN POTILASREKISTERI**

Henkilötiedot:

Nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Osoite: _____

Postinumero: _____ Postitoimipaikka: _____

Puhelinnumero kotiin: _____ työhön: _____

Alaikäisen asiakkaan huoltajan nimi: _____

- Olen tutustunut alla oleviin tietoihin sekä tarkistanut yllä olevat perustiedot.
- Annan luvan siihen, että potilastietoni talletetaan fysioterapialaitoksen keskitettyyn rekisteriin. Annan suostumukseni tietojeni luovuttamiseen hoitosuhteeni niin edellyttäessä fysioterapialaitoksessa toimivien hoitooni osallistuvien keskitettyyn rekisteriin liittyneiden muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä.
- Annan luvan siihen, että fysioterapeutti saa olla yhteydessä ja hankkia terapiaprosessiin tarvittavan lisätiedon lähettävältä taholta.
- Annan luvan siihen, että minua hoitanut terapeutti antaa palautteen hoidostani lähetteen antaneelle taholle sekä pyydettyäessä maksajalle ja tarvittaessa viranomaistaholle.
- Annan luvan siihen, että fysioterapiatilannettani saa valokuvata ja/tai videoida arviointia varten.

Paikka ja aika: _____ / _____ 20__

Allekirjoitus: _____

HENKILÖTIETOLAIN (523/99) MUKAINEN INFORMOINTI

Potilastietonne talletetaan suostumuksenne perusteella rekisteriin, jota pitävät fysioterapialaitos ja siellä keskitettyyn rekisteriin liittyneet ammatinharjoittajat yhteisesti. Potilastietonne ovat salassa pidettäviä. Hoitosuhteeseenne liittyen niitä voidaan suostumuksenne perusteella käyttää fysioterapialaitoksessa. Muille niitä luovutetaan vain lakiin perustuen tai luvallanne.

Teillä on mahdollisuus tarkistaa rekisteriimme talletetut Teitä koskevat tiedot henkilökohtaisen käynnin yhteydessä tai kirjallisella pyynnöllä. Samoin Teillä on oikeus vaatia korjattavaksi rekisterissämme oleva virheellinen tieto tai peruuttaa antamanne suostumus tietojenne luovuttamiseen tai rajata sitä.

Lisätietoja saa henkilökunnaltamme.