

REKISTERITIEDOLOMAKE



Suomen Fysioterapia- ja kuntoutuksyritykset
FYSI ry:n lomakkeisto

Rekisteri: KESKITETYSTI YLLÄPIDETTY FYSIOTERAPIALAITOKSEN JA ITSENÄISTEN
AMMATINHARJOITTAJIEN POTILASREKISTERI

Henkilötiedot

Nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Osoite: _____

Postinumero: _____ Postitoimipaikka: _____

Puhelinnumero kotiin: _____ työhön: _____

Alaikäisen asiakkaan huoltajan nimi: _____

Vapaaehtoisesti täytettävät: Ammatti: _____

Työnantaja: _____

Olen tutustunut alla oleviin tietoihin sekä tarkistanut yllä olevat perustiedot.

Haluan, että potilastietoni talletetaan fysioterapialaitoksen keskitettyyn rekisteriin.

Annan suostumukseni tietojeni luovuttamiseen hoitosuhteeni niin edellyttäessä fysioterapialaitoksessa toimivien hoitoon osallistuvien keskitettyyn rekisteriin liittyneiden muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä.

Annan luvan siihen, että minua hoitanut terapeutti antaa palautteen hoidostani lähetteen antaneelle taholle.

Paikka ja aika: _____ / _____ 201____

Allekirjoitus: _____

Nimen selvennys:

HENKILÖTIETOLAIN (523/99) MUKAINEN INFORMOINTI

Potilastietonne talletetaan suostumuksenne perusteella rekisteriin, jota pitävät fysioterapialaitos ja siellä keskitettyyn rekisteriin liittyneet ammattinharjoittajat 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.