



Suostumus potilastietojen käyttöön ja siirtoon

Järviseudun Työterveys Oy Y-tunnus 2951894-6	Päätoimipaikan osoite: Viestikatu 7 B, 70600 Kuopio
ASIAKAS	
Sukunimi	Etunimet
Henkilötunnus	Lähiosoite
Puhelin	Postinumero ja -toimipaikka
Työnantaja	Ammattinimike
SUOSTUMUS	
<p>Annan suostumukseni Kallaveden Työterveys -liikelaitoksen / Varkauden kaupungin ja Soisalon työterveyden / Siilinjärven kunnan ja Siilisetin / PSSHP:n työterveyshuollon aikaisten potilastietojeni:</p> <ul style="list-style-type: none">• käyttöön Järviseudun Työterveys Oy:ssä hoitosuhteeseeni liittyen sekä• siirtämiseen Järviseudun Työterveys Oy:n potilastietojärjestelmään.	
INFORMOINTI	
<p>Potilastiedot ovat salassa pidettäviä ja niitä voi käyttää ainoastaan Järviseudun Työterveys Oy:n nimetty henkilökunta hoitosuhteeseen liittyen tai asiakastietoja asiakkuuden hoitoon liittyen.</p> <p>Voit milloin tahansa peruuttaa tai rajoittaa antamaasi suostumusta ottamalla yhteyttä Järviseudun Työterveys Oy:n henkilökuntaan. Voit myös tarkastaa sinusta tallennetut tiedot ja vaatia virheellisten tietojen korjaamista.</p> <p>Potilasrekisterin käsittelystä saat lisätietoja Järviseudun Työterveys Oy:n henkilökunnalta sekä tietosuojaselosteesta osoitteesta www.jarviseuduntyoterveys.fi.</p>	
ALLEKIRJOITUS	

Allekirjoitus ja nimenselvennös _____

Aika ja paikka _____

Suostumus annettu suullisesti.