



# Suostumus potilastietojen käyttöön ja siirtoon

<b>Kallaveden Työterveys Oy</b> Y-tunnus 2951895-4	Päätoimipaikan osoite: Viestikatu 7 B, 70600 Kuopio
<b>ASIAKAS</b>	
Sukunimi	Etunimet
Henkilötunnus	Lähiosoite
Puhelin	Postinumero ja -toimipaikka
Työnantaja	Ammattinimike
<b>SUOSTUMUS</b>	
<p>Annan suostumukseni Kallaveden Työterveys -liikelaitoksen / Varkauden kaupungin / Soisalon työterveyden / Siilinjärven kunnan / Siilisetin työterveyshuollon aikaisten potilastietojeni:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• käyttöön Kallaveden Työterveys Oy:ssä hoitosuhteeseeni liittyen sekä</li><li>• siirtämiseen Kallaveden Työterveys Oy:n potilastietojärjestelmään.</li></ul>	
<b>INFORMOINTI</b>	
<p>Potilastiedot ovat salassa pidettäviä ja niitä voi käyttää ainoastaan Kallaveden Työterveys Oy:n nimetty henkilökunta hoitosuhteeseen liittyen tai asiakastietoja asiakkuuden hoitoon liittyen.</p> <p>Voit milloin tahansa peruuttaa tai rajoittaa antamaasi suostumusta ottamalla yhteyttä Kallaveden Työterveys Oy:n henkilökuntaan. Voit myös tarkastaa sinusta tallennetut tiedot ja vaatia virheellisten tietojen korjaamista.</p> <p>Potilasrekisterin käsittelystä saat lisätietoja Kallaveden Työterveys Oy:n henkilökunnalta sekä tietosuojaselosteen Kallaveden Työterveys Oy:n verkkosivuilta <a href="http://www.kallavedentyoterveys.fi">www.kallavedentyoterveys.fi</a>.</p>	
<b>ALLEKIRJOITUS</b>	

Allekirjoitus ja nimenselvennös \_\_\_\_\_

Aika ja paikka \_\_\_\_\_

Suostumus annettu suullisesti.