

Asiakkaiden ja potilaiden käyttöön

Vastaanotettu ____ / ____ ____

Potilaan suostumus potilastietojen antamiseen sivulliselle

Terveystieteiden ammattihenkilö tai muu terveystieteiden toimintayksikössä työskentelevä taikka sen tehtäviä suorittava henkilö ei saa ilman potilaan kirjallista suostumusta antaa sivulliselle potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 13 §)

Suostumuksen yksilöinti

Annan suostumukseni siihen, että minua koskevia terveys- ja sairauskertomustietoja saa luovuttaa seuraavalle henkilölle tai toimintayksikölle:

Nimi/ toimintayksikkö	
Henkilötunnus	
Osoite	
Puhelinnumero	

Lupa on voimassa allekirjoituspäivästä eteenpäin ____ / ____ ____ saakka. Mikäli jostain tietystä terveyskeskuskäynnistä ei saa luovuttaa tietoja, siitä tulee ilmoittaa erikseen lääkärille. Luvan voimassaolon voi keskeyttää milloin tahansa ilmoittamalla hoitavaan terveyskeskukseen.

Luvan antajan henkilötiedot ja allekirjoitus

Nimi	
Henkilötunnus	
Osoite	
Puhelinnumero	
Paikka ja aika	____ / ____ ____
Allekirjoitus	

- Suostumus on merkitty potilasasiakirjaan tiedoksi
 Keskeytys on merkitty potilasasiakirjaan tiedoksi
 Suostumus on liitetty luvan myöntäneen potilaan potilasasiakirjoihin kirjallisena.

Aika ____ / ____ ____

Allekirjoitus _____

Nimen selvennys _____

Virka-asema _____

Tämä suostumus on tehtävä kahtena (2) kappaleena, toinen liitettäväksi luvan antajan potilasasiakirjoihin sekä lisäksi sähköinen merkintä potilastietojärjestelmään ja toinen lomake on näytettävä aina tietojen pyydetessä.

Luvan saaneen on lisäksi todistettava henkilöllisyytensä aina tietoja pyytäessään.