

ASIAKAS / POTILAS	Sukunimi ja etunimi	Henkilötunnus
SUOSTUMUKSEN ANTAJA	Sukunimi ja etunimi	
SUOSTUMUKSEN SAAJA	<b>Sosiaali- ja terveystoimiala</b>	

Sosiaalihuollon asiakastiedot ja terveydenhuollon potilastiedot ovat lain mukaan salassa pidettäviä eikä niitä voida luovuttaa sivullisille ilman asianosaisen antamaa suostumusta ellei laki toisin määrää. Asiakkaan / potilaan hyvän hoidon kannalta on tärkeää, että tarpeelliset asiakas- ja potilastiedot liikkuvat joustavasti häntä hoitavien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä.

Annan suostumukseni siihen, että vanhuspalveluissa syntyvät asiakas- ja potilastiedot kirjataan samaan asiakastietojärjestelmään, Ikäihmisten palvelujen asiakasrekisteriin

Annan suostumukseni siihen, että vanhuspalvelujen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat katsoa Rauman sosiaali- ja terveystoimialan terveydenhuollon yksiköissä tuotettuja hoitoni kannalta tarpeellisia potilastietojani suoraan Lifecare terveystietokannasta ja tarvittaessa kirjata sinne vanhuspalveluissa syntyvää asiakas- ja potilastietoa.

Annan suostumukseni siihen, että vanhuspalvelujen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat katsoa tietojani Satasairaalan alueellisesta yhteisestä potilastietorekisteristä.

Annan suostumukseni siihen, että terveydenhuollon yksikön ammattihenkilö voi katsoa vanhuspalveluissa syntyneitä asiakas- ja potilastietoja.

Annan suostumukseni siihen, että sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä tuotettuja hoitoni kannalta tarpeellisia potilastietojani voidaan luovuttaa perhehoitajalle.

Minuun hoitosuhteessa olevat Rauman sosiaali- ja terveystoimialan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat katsoa ja kirjata tietoa hoidon ja palvelujen suunnitteluun, toteutukseen, arviointiin ja palvelupäätösten tekoon liittyvissä asioissa. Tietojani voi katsella ja kirjata hoitoni niin vaatiessa siten kuin ammattihenkilöiden tehtävät edellyttävät.

Olen saanut informoinnin ja tiedotteen salassa pidettävien asiakas- ja potilastietojen käsittelystä sosiaali- ja terveystoimialan toimistossa. Totean saaneeni riittävän informaation suostumuksen antamista varten. **Vahvistan suostumuksen allekirjoituksella**

ALLEKIRJOITUS	Paikka ja aika	
		/ 20
	Asiakkaan / potilaan allekirjoitus ja nimen selvennys	
	tai laillisen edustajan allekirjoitus ja nimen selvennys	
	Laillisen edustajan nimi	Henkilötunnus

Tämä suostumus on voimassa toistaiseksi. Asiakkaalla / potilaalla on oikeus muuttaa tai peruuttaa suostumus, missä tahansa hoidon ja palvelun suunnittelun tai toteutuksen vaiheessa ilmoittamalla siitä kirjallisesti hoidosta ja palvelusta vastaavalle taholle.