

Palvelukeskus Henrikinhovi
Iltarusko 1
32800 KOKEMÄKI
Puh. 040 4886 299

SUOSTUMUS

POTILASREKISTERITIE TOJEN LUOVUTTAMINEN

Henkilötiedot

Nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Osoite: _____

Annan suostumukseni, että Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymä luovuttaa käytettäväksi Palvelukeskus Henrikinhovissa työskenteleville vanhuspalvelupäällikölle, sairaanhoitajille, sosiaalihoitajalle, lähi-/ perushoitajille ja kotihoidon avopalvelupäällikölle sekä henkilökunnalle sekä yksityiselle palveluntuottajalle _____ minua koskevia Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymässä syntyneitä ja saamani hoidon kannalta tarpeellisia potilastietoja.

Suostumuksen piiriin kuuluvat lomakkeet: (tarpeeton yliviivataan)

PER (perustietolomake)

YLE (sis. Lääkärien merkinnät hoitokäynneistä)

TIIV (sis. Lääkärien laatima sairaushistorian ja lääkityksen)

KSH (sis. Kotisairaanhoitajien merkinnät hoitokäynneistä)

VKOTI (vanhainkoti-lomake)

SOS (sosiaalityön lomake)

FYS (fysioterapia-lomake)

RAVA (toimintakykymittari)

ALUETIETOJÄRJESTELMÄN POTILASTIETOJA

Minulle on selitetty tietojen käyttötarkoitus ja – laajuus sekä tietojen tarpeellisuus.

Minulla on oikeus halutessani peruuttaa tämä suostumus tai rajata sitä.

Kokemäki, ____ / ____ 20

Asiakkaan allekirjoitus

Hoitajan allekirjoitus

Tiedoksi: Asiakas / potilas
Hoitava lääkäri
Palvelukeskus Henrikinhovin henkilökunta / Kotihoidon henkilökunta
Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymä