



HAMINAN
FYSIOTERAPIA

REKISTERITIEDOLOMAKE

Keskitetysti ylläpidetty Haminan Fysioterapia Ky:n ja itsenäisten ammatinharjoittajien POTILASREKISTERI

Nimi _____

Osoite _____

Postinumero _____

Postitoimipaikka _____

Puh _____

Työ puh _____

Sähköpostiosoite _____

Huoltaja tai edunvalvoja _____

Ammatti _____

Työnantaja _____

_____ Olen tutustunut alla oleviin tietoihin sekä tarkistanut yllä olevat perustiedot.

_____ Annan suostumukseni tietojeni luovuttamiseen hoitosuhteeni niin edellyttäessä Haminan Fysioterapia Ky:ssätoimivien hoitooni osallistuvien muiden terapeuttien välillä.

_____ Annan luvan siihen, että minua hoitanut terapeutti antaa palautteen hoidostani lähetteen antaneelle taholle.

Paikka ja aika _____

Allekirjoitus _____

EU:n TIETOSUOJA-ASETUKSEN (2016/679) MUKAINEN INFORMOINTI

Potilastietonne talletetaan suostumuksenne perusteella rekisteriin, jota pitävät Haminan Fysioterapia Ky ja siellä keskitettyyn rekisteriin liittyneet ammatinharjoittajat yhteisesti. Potilastietonne ovat salassa pidettäviä. Hoitosuhteeseenne liittyen niitä voidaan suostumuksenne perusteella käyttää fysioterapialaitoksessa. Muille niitä luovutetaan vain lakiin perustuen tai luvallanne. Teillä on mahdollisuus tarkistaa rekisteriimme talletetut Teitä koskevat tiedot henkilökohtaisen käynnin yhteydessä tai kirjallisella pyynnöllä. Samoin Teillä on oikeus vaatia korjattavaksi rekisterissämme oleva virheellinen tieto tai peruuttaa antamanne suostumus tietojenne luovuttamiseen tai rajata sitä. Lisätietoja saa henkilökunnaltamme.