

SUOSTUMUS TIETOJEN LUOVUTTAMISEEN

Asiakkaan nimi _____
Henkilötunnus _____
Puhelinnumero _____
Kotiosoite _____
Sähköposti _____

SUOSTUN TERVEYDENTILAANI KOSKEVIEN TIETOJEN LUOVUTTAMISEEN:

Tietojen luovuttaja Työterveys Aalto Oy

Muu taho, mikä?

X	Mitä tietoja luovutetaan?	Ajanjakso, jolta tietoja pyydetään
	Sairaskertomukset	
	A-todistus	
	B-lausunto	
	Rokotustiedot	
	Muu materiaali, mitä?	

TIEDOT TOIMITETAAN MINULLE:

OmaAaltoon

Noudan asiakaspalvelusta

Turvapostilla

Postitse

Aika ja paikka: _____

Asiakkaan

allekirjoitus: _____

Henkilöllisyys tarkistettu:

Asiakirjojen luovuttajan allekirjoitus ja nimenselvennys:

Suostumus tietojen siirtoon on kertaluonteinen. Tämän suostumuksen voi peruuttaa *kirjallisesti* milloin vain. Terveystilaa koskevien tietojen luovuttamista säätelevät: Henkilörekisterilaki sekä laki potilaan asemasta ja oikeudesta.