

SUOSTUMUS TIETOJEN LUOVUTTAMISEEN

Asiakkaan nimi _____

Henkilötunnus _____

Puhelinnumero _____

Kotiosoite _____

Sähköposti _____

SUOSTUN TERVEYDENTILAANI KOSKEVIEN TIETOJEN LUOVUTTAMISEEN:

Tietojen luovuttaja Työterveys Aalto Oy

Muu taho, mikä? _____

MITÄ TIETOJA
LUOVUTETAAN

AJANJAKSO, JOLTA TIETOJA PYYDETÄÄN

Sairauskertomukset _____

A-todistus _____

B-lausunto _____

Muu, mitä? _____

TIEDOT TOIMITETAAN

OmaAaltoon

Työterveys Aalto Oy, Hannikaisenkatu 11-13, 40100 Jyväskylä

Turvapostilla

Muu taho, mikä? _____

Postitse

Aika ja paikka: _____

Asiakkaan allekirjoitus: _____

Henkilöllisyys tarkistettu

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