

SUOSTUMUS TIETOJEN LUOVUTTAMISEEN

TIETOPYYNTÖ KOSKEE	Etu- ja sukunimi		Henkilötunnus
	Lähiosoite		Postinumero ja postitoimipaikka
	Puhelinnumero		Sähköpostiosoite
PYYDETTÄVÄT TIEDOT (potilasasiakirjat)	☐ Työterveyshuollon kirjaukset ☐ A-todistus ☐ B-lausunto ☐ Muu, mikä?		
AJANJAKSO	Pyydän asiakirjoja ajanjaksolta pv.kk.v. – pv.kk.v.:		
TIETOJEN LUOVUTTAJA	☐ Työterveys Aalto Oy ☐ Muu taho, mikä?		
TIETOJEN TOIMITUSTAPA	☐ OmaAalto (sovellus/ verkkopalvelu) ☐ Salattu sähköposti ☐ Posti ☐ Muu, mikä?		
AIKA, PAIKKA, ALLEKIRJOITUS	Pvm	Paikka	
	Allekirjoitus		
	Nimenselvennys		
	☐ Henkilöllisyys tarkistettu		

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