

Nimi _____

Henkilötunnus _____

Suostumus

Suostun siihen, että Lohjan kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät voivat luottamuksellisesti vaihtaa keskenään minua koskevia yhteistoiminnan kannalta tarpeellisia tietoja ja asiakirjoja, jotka liittyvät terveydentilani sekä työ- ja toimintakykyni kartoitukseen.

Suostun siihen, että yllämainituissa asioissa tietojen vaihto voi koskea Lohjan kaupungin hyvinvointitoimialan rekistereihin jo tallennettuja yhteistoiminnan kannalta tarpeellisia tietoja ja asiakirjoja sekä terveystarkastuksesta syntyviä terveydentilaani liittyviä tietoja.

Suostumus tietojen vaihtoon on vapaaehtoinen. Minulle on kerrottu yhteistoiminnan tavoitteista ja sisällöistä. Tässä yhteydessä antamani suostumus on voimassa niin kauan kuin sosiaalityön ja terveydenhuollon välinen yhteistyö on tarpeellista asioideni hoitamisen kannalta.

Minulle on kerrottu henkilötietolain (523/1999) mukaisesta oikeudesta tarkastaa minua koskevat asiakasrekisteritiedot ja siitä, kuka on toiminnasta vastaava rekisterikirjanpitäjä sekä viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetun lain (621/1999) mukaisesta oikeudesta saada tieto itseäni koskevasta asiakirjasta.

Suostumuksen antaminen on vapaaehtoista ja minulla on oikeus peruuttaa suostumukseni ilmoittamalla siitä kirjallisesti ao. toimipisteelle.

Paikka ja aika _____

Asiakkaan allekirjoitus _____