

YHDISTETTY SUOSTUMUS POTILASTIETOJENNE TALLENTAMISEEN, HANKKIMISEEN JA LUOVUTTAMISEEN

Rekisterit: Keskitetysti ylläpidetty Docrates Syöpäsairaalan ja itsenäisten ammatinharjoittajien potilasrekisteri

| | |
|--|--------------------------|
| Nimi: | Henkilötunnus: |
| Osoite: | |
| Postinumero: | Postitoimipaikka: |
| Asuinmaa: | Matkapuhelin: |
| Sähköpostiosoite: (päivittäisessä käytössä oleva) | |
| Lähiomainen: | |
| Huoltaja / edunvalvoja (tarvittaessa): | |
| Kuinka kuulit Docrateesta? <input type="checkbox"/> Tutun kautta <input type="checkbox"/> Google-haun/kotisivujen kautta <input type="checkbox"/> Lehtimainos <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Tv <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Lehtiartikkeli <input type="checkbox"/> Lääkärin suositus/lähete, nimi: _____ <input type="checkbox"/> Muu mainos netissä <input type="checkbox"/> Muu, mikä? _____ | |

TÄRKEÄÄ TIETOA POTILASTIETOJENNE KÄSITTELYSTÄ

Docrates Syöpäsairaalan potilaana tietonne talletetaan potilasrekisteriin, jota pitävät Docrates Syöpäsairaala ja siellä keskitettyyn rekisteriin liittyneet ammatinharjoittajat yhteisesti.

Potilastietonne ovat salassa pidettäviä. Tietojanne käytetään hoitosuhteeseenne liittyen tutkimuksen ja hoidon järjestämiseen, suunnitteluun, toteutukseen sekä seurantaan. Tietoja voidaan käyttää myös Docrates Syöpäsairaalan oman toiminnan tilastointiin, suunnitteluun ja seurantaan. Sivullisille tietoja luovutetaan vain luvallanne tai lakiin perustuen.

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 hankkimisesta ja luovuttamisesta tai rajata sitä. Henkilökuntamme antaa mielellään lisätietoja.

Merkitkää alle suostumukseenne: ()

- Olen tutustunut yllä oleviin tietoihin sekä tarkistanut yllä olevat perustiedot.
- Suostun siihen, että potilastietoni **talletetaan** Docrates Syöpäsairaalan keskitettyyn rekisteriin.
- Annan suostumukseni tietojeni **luovuttamiseen** hoitosuhteeni niin edellyttäessä Docrates Syöpäsairaalassa toimivien hoitooni osallistuvien keskitettyyn rekisteriin liittyneiden muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä.
- Annan luvan siihen, että **minua hoitanut henkilö saa antaa palautteen hoidostani** lähetteen antaneelle taholle.
- Annan suostumukseni **hankkia itseäni koskevia kaikkia hoidon kannalta tarpeellisia tietoja** minua tutkineista ja hoitaneista hoitopaikoista (eritelkää tarvittaessa):

- Annan suostumukseni **luovuttaa itseäni koskevia kaikkia hoidon kannalta tarpeellisia tietoja** jatkohoidostani huolehtiville terveydenhoitoyksiköille/lääkäreille.

Mikäli haluatte rajoittaa suostumustanne jollakin tavalla, merkitkää rajoitus tähän:

Paikka ja päiväys: _____ / _____ /20____ **Allekirjoitus:** _____