

Relaxion Oy 10-2023

REKISTERITIELOMAKE

Suomen Fysioterapia- ja kuntoutusyritykset FYSI ry:n lomakkeisto

KESKITETYSTI YLLÄPIDETTY FYSIOTERAPIALAITOKSEN JA ITSENÄISTEN AMMATINHARJOITTAJIEN POTILASREKISTERI

Henkilötiedot

Nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Osoite: _____

Postinumero: _____ Postitoimipaikka: _____

Puhelinnumero: _____ Sähköpostiosoite: _____

Huoltaja tai edunvalvoja: _____

Ammatti: _____ Työnantaja: _____

Olen tutustunut alla oleviin tietoihin sekä tarkistanut yllä olevat perustiedot.

Annan suostumukseni tietojeni luovuttamiseen hoitosuhteeni niin edellyttäessä fysioterapialaitoksessa toimivien hoitooni osallistuvien keskitettyyn rekisteriin liittyneiden muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä.

Annan luvan siihen, että minua hoitanut terapeutti antaa palautteen hoidostani lähetteen antaneelle taholle.

Haluan liittyä kanta-asiakkaaksi, jolloin saan tarjouksia, kumppanuusetuja muilta yrityksiltä, tietoa uusista palveluista ja ajankohtaisista asioista sähköpostin kautta.



Osoita kännykän kameralla QR-koodia ja paina linkkiä. Voit täyttää yhteystietosi myöhemmin.

Paikka ja aika: _____ / _____ 20____

Allekirjoitus: _____

HENKILÖTIETOLAIN (523/99) MUKAINEN INFORMOINTI

Potilastietonne talletetaan suostumuksenne perusteella rekisteriin, jota pitävät fysioterapialaitos ja siellä keskitettyyn rekisteriin liittyneet ammatinharjoittajat yhteisesti. Potilastietonne ovat salassa pidettäviä. Hoitosuhteeseen liittyen niitä voidaan suostumuksenne perusteella käyttää fysioterapialaitoksessa. Muille niitä luovutetaan vain lakiin perustuen tai luvallanne. 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 luovuttamiseen tai rajata sitä. Lisätietoja saa henkilökunnaltamme.