

YHDISTETTY SUOSTUMUS POTILASTIETOJENNE TALLENTAMISEEN, HANKKIMISEEN JA LUOVUTTAMISEEN



Rekisterit: Keskitetysti ylläpidetty Docrates Syöpäsairaalan ja itsenäisten ammatinharjoittajien potilasrekisteri, Sairaala Eira Oy:n potilasrekisteri

Nimi:	Henkilötunnus:
Osoite:	
Postinumero:	Postitoimipaikka:
Sähköpostiosoite:	Matkapuhelin:
Lähiomainen:	
Huoltaja / edunvalvoja (tarvittaessa):	
Kuinka kuulit Docrateesta?	

TÄRKEÄÄ TIETOA POTILASTIETOJENNE KÄSITTELYSTÄ

Docrates Syöpäsairaalan potilaana tietonne talletetaan potilasrekisteriin, jota pitävät Docrates Syöpäsairaala ja siellä keskitettyyn rekisteriin liittyneet ammatinharjoittajat yhteisesti. Lisäksi tarvittavat potilastiedot talletetaan tarvittaessa (esimerkiksi laboratoriotutkimuksia varten) Sairaala Eira Oy:n potilasrekisteriin.

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.

Merkittävä alle suostumukseenne: ()

- Olen tutustunut yllä oleviin tietoihin sekä tarkistanut yllä olevat perustiedot.
- Suostun siihen, että potilastietoni **talletetaan** Docrates Syöpäsairaalan keskitettyyn rekisteriin ja tarvittaessa Sairaala Eira Oy:n potilasrekisteriin.
- Annan suostumukseni tietojeni **luovuttamiseen** hoitosuhteeni niin edellyttäessä Docrates Syöpäsairaalassa toimivien hoitoni 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 (eritellään 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: _____