

Rekisteri: **Keskitetysti ylläpidetty yrityksen potilasrekisteri**

Nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Osoite: _____

Postinumero ja toimipaikka _____

Puhelin: _____

Sähköposti: _____

Huoltaja/edunvalvoja: _____

- ☐ Olen tutustunut alla oleviin tietoihin sekä tarkistanut yllä olevat perustiedot.
- ☐ Annan suostumukseni tietojeni luovuttamiseen hoitosuhteeni niin edellyttäessä hoitolaitoksen toimivien hoitooni osallistuvien keskitettyyn rekisteriin liittyneiden muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä.
- ☐ Annan luvan siihen, että minua hoitanut terapeutti antaa palautteen hoidostani lähetteen antaneelle taholle.
- ☐ Annan luvan siihen, että minulle saa lähettää sähköpostilla tietoa yrityksen toiminnasta ja tarjouksesta.

Onko sinulla ollut mitään seuraavista. Rastita, mikäli on.

- ☐ Diabetes I tai II
- ☐ Jokin reuma, Mikä _____
- ☐ Käytät e-pillereitä
- ☐ Aikaisempia leikkauksia
- ☐ Olet aiemmin sairastanut syöpää
- ☐ Sepelvaltimotauti
- ☐ Verenpainetauti
- ☐ Korkea kolesterolia
- ☐ Osteoporoosi

Suvussa esiintyvät sairaudet

- _____
- _____
- _____

Lääkityksiä, mitä

- _____
- _____
- _____

Paikka ja aika: _____

Allekirjoitus: _____

Henkilötietolain 523/99 mukainen informointi:

Potilastiedot talletetaan suostumuksenne mukaan rekisteriin, jota pitää urheiluhieroja ammatinharjoittaja.

Potilastietonne ovat salassa pidettäviä. Hoitosuhteeseen liittyen potilastietojanne voidaan käyttää suostumuksenne perusteella. Potilastietoja luovutetaan luvallanne tai lakiin perustuen.

Teillä on mahdollisuus tarkistaa rekisteriin talletetut Teitä koskevat tiedot kirjallisella pyynnöllä tai käynnin yhteydessä. Teillä on oikeus vaatia korjattavaksi rekisterissä oleva virheellinen tieto tai peruuttaa antamanne suostumus tietojen luovuttamiseen tai rajata niitä.