

SUOSTUMUS TIEDONVAIHTOON SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUISSA

Asiakkaan nimi

Henkilötunnus

Suostun siihen, että Rovaniemen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen työntekijät saavat hankkia työvoimahallinnon, oppilaitosten, sosiaali- ja terveydenhuollon, kuntoutuslaitosten, Kelan ja eläkelaitosten viranomaisilta, yksityisiltä palveluntuottajilta sekä muilta mahdollisilta yhteistyötahoilta salassapitosäännösten estämättä palvelutarpeeni kartoittamiseksi asiakirjoja ja tietoja. Lisäksi annan suostumukseni siihen, että Rovaniemen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen työntekijät voivat luottamuksellisesti vaihtaa keskenään minua koskevia yhteistoiminnan kannalta tarpeellisia tietoja ja asiakirjoja liittyen elämäntilanteeni ja terveydentilani selvittämiseen, työ- ja toimintakykyäni arvioimiseen sekä kuntoutumismahdollisuuksieni kartoittamiseen ja suunnitteluun.

Tietojen on oltava palvelutarpeen arvioinnin kannalta tarpeellisia. Tietojen vaihdon ja käytön on tapahduttava luottamuksellisesti työntekijöiden välillä.

Rovaniemen kaupungin sosiaali- ja terveystoimella on käytössään omat tietojärjestelmänsä. Suostun siihen, että yllä mainituissa asioissa tietojen vaihto voi koskea Rovaniemen kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon rekistereihin jo tallennettuja yhteistoiminnan kannalta tarpeellisia tietoja ja asiakirjoja.

Tietoja voidaan tallentaa sen viranomaisen tietojärjestelmään, joka vastaa kyseessä olevien asioiden rekisterinpidosta. Rekisterinpitäjä vastaa myös tietojen hävittämisestä laissa säädettyjen ohjeiden mukaan. Jokaisella rekisterinpitäjällä on laissa säädetty salassapitovelvoitteet.

Olen tietoinen siitä, että siirrettävät tiedot tallennetaan Rovaniemen sosiaalipalvelukeskuksessa käytössä olevaan Effica YPH asiakastietojärjestelmään ja Rovaniemen terveyspalvelukeskuksessa käytössä olevaan Effica potilastietojärjestelmään.

Suostumus tietojen vaihtoon on vapaaehtoinen ja minulla on oikeus peruuttaa suostumukseni ilmoittamalla siitä kirjallisesti ao. toimipisteelle. Minulle on kerrottu yhteistoiminnan tavoitteista ja sisällöstä. Nyt antamani suostumus on voimassa niin kauan kuin Rovaniemen kaupungin sosiaali- 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 rekisterinpitäjä sekä viranomaisen toiminnan julkisuudesta annetun lain (621/1999) mukaisesta oikeudesta saada tieto itseäni koskevasta asiakirjasta.

Paikka ja aika

Asiakkaan allekirjoitus ja nimen selvennys

Paikka ja aika

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus

Suostumuksen antamista koskevat rajaukset:
