

Rekisterit: Keskitetysti ylläpidetty Docrates Syöpäsairaalan ja itsenäisten ammatinharjoittajien potilasrekisteri

Nimi:	Henkilötunnus:
Osoite:	Postinumero ja postitoimipaikka:
Asuinmaa:	Matkapuhelin:
Sähköpostiosoite (päivittäisessä käytössä oleva):	
Lähiomaisen nimi ja yhteystiedot:	
Huoltajan / edunvalvojan yhteystiedot (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"/> Muu mainos netissä <input type="checkbox"/> Muu, mikä? _____	
Lääkäriin suositus/lähetä, nimi: _____	
Minulle saa lähettää markkinointiviestejä sekä tietoa Docrates Syöpäsairaalan palveluista ja eduista sähköpostilla, tekstiviestillä ja postitse <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	

Tärkeää tietoa potilastietojenne käsittelystä

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

Potilastietonne ovat salassa pidettäviä. Tietojanne käytetään hoitosuhteeseen 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 tallennetut 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 **tallennetaan** Docrates Syöpäsairaalan keskitettyyn rekisteriin.
- Annan suostumukseni tietojeni **luovuttamiseen** hoitosuhteeni niin edellyttäessä Docrates Syöpäsairaalaossa 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 (eritellä 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:

Allekirjoitus

/ / 20