

KESKITETYSTI YLLÄPIDETTY FYSIOTERAPIALAITOKSEN ASIAKASREKISTERI

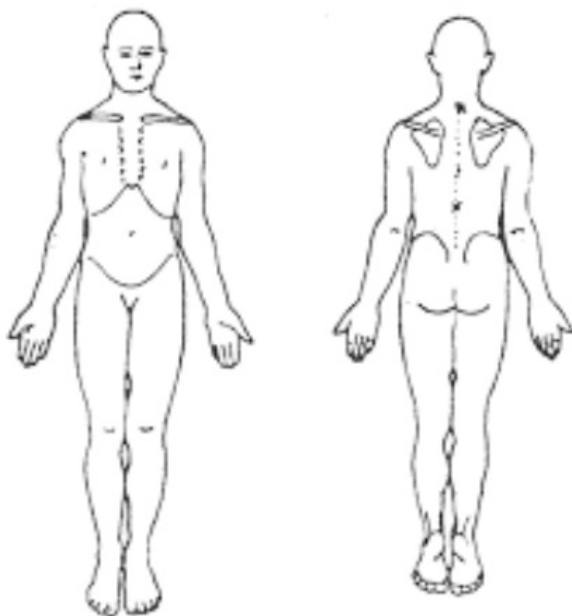
Nimi: _____ Henkilötunnus: _____
Osoite: _____
Postinumero: _____ Postitoimipaikka: _____
Puhelinnumero _____ Email _____
Alaikäisen asiakkaan huoltajan nimi: _____

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.

Paikka ja aika: _____ / _____ 201____
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.



Onko Teillä jotain fysioterapiaan tai hierontaan vaikuttavia sairauksia, vammoja, lääkityksiä tai leikkauksia?

KIPUPIIRROS: piirrä ihmishahmoon viimeisen 7 vuorokauden aikana tuntemasi kiputuntemukset:
xxxxx särky, jomotus
ooooo väsymys, jäykkyys
zzzzzz puutuneisuus, tunnoton
+++++ pistävä, vihlova kipu

ei lainkaan
kipua

koivin
mahd.kipu

KIPUJANA: Merkitse kipujanalle kivun voimakkuus x-merkillä.