

Suostun siihen, että kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmä käsittelee kuntoutusta koskevaa asiaani. Suostun myös siihen, että yhteistyöryhmä ja yhteyshenkilö saavat kuntoutusta koskevia salassa pidettäviä tietojani asian hoitamisen kannalta tarpeellisessa laajuudessa. Tällaisia tietoja ovat esimerkiksi tiedot terveydentilasta, toimeentuloturvasta, kuntoutus-, päiväraha- ja eläkeasioista sekä koulutus- ja työllistymismahdollisuuksiin liittyvät asiat. Asiakasyhteistyöryhmän ja yhteyshenkilön tulee lain mukaan pitää tiedot salassa.

Suostumus annetaan asiakasyhteistyöryhmälle ja se vastaa ryhmän toiminnassa syntyvien tietojen käsittelystä asian käsittelyn ajan. Tämän jälkeen tietoja säilytetään terveyskeskuksen arkistossa. Minulla on oikeus tarkastaa minua koskevat tiedot ja osallistua henkilökohtaisesti asiani käsittelyyn kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmässä.

**Rastita haluamasi vaihtoehto:**

**Kyllä En**

Haluan osallistua asiani käsittelyyn asiakasyhteistyöryhmässä.

Suostun, että asiakasyhteistyöryhmässä kuullaan myös läheistäni.

Läheisen nimi

Yhteystiedot

Suostun siihen, että asiakasyhteistyöryhmä saa luovuttaa salassa pidettäviä tietojani ryhmän jäsenten taustaorganisaatioihin asiani hoitamista varten.

Suostun siihen, että yhteistyöryhmä saa antaa kannanoton viranomaiselle (esim. työvoimahallinnolle tai Kansaneläkelaitokselle), laitokselle (esim. työeläkelaitokselle) tai muulle asian käsittelyn kannalta tarpeelliselle yhteisölle.

**Nimi**

**Henkilötunnus**

**Osoite**

**Puhelin**

Paikka ja aika

Allekirjoitus

Suostumus on voimassa asian käsittelyn ajan. Asiakas voi peruttaa suostumuksensa ilmoittamalla siitä kirjallisesti yhteistyöryhmälle.

Yhteyshenkilö

Toimipiste

Puhelin

Lomake täytetään kahtena kappaleena, joista toinen annetaan asiakkaalle. Yhteistyöryhmälle annettu suostumus säilytetään asian käsittelyn päätyttyä terveyskeskuksen arkistossa kymmenen vuotta.

