



## SUOSTUMUS

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

Minulla on oikeus osallistua asiani käsittelyyn kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmässä ja tarkistaa minua koskevat tiedot. Asiakasyhteistyöryhmä toimii rekisterinpitäjänä ja vastaa ryhmän toiminnassa syntyvien tietojen käsittelystä asian käsittelyn ajan. Tämän jälkeen tietoja säilytetään terveyskeskuksen arkistossa.

Rastita haluamasi vaihtoehto:

*Kyllä*

*En*

Haluan osallistua asiani käsittelyyn asiakasyhteistyöryhmässä

Suostun, että asiakasyhteistyöryhmässä kuullaan myös läheistäni

Läheisen nimi \_\_\_\_\_

Yhteystiedot \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Suostun, siihen, että asiakasyhteistyöryhmä saa antaa kannanoton viranomaiselle (esim. työvoimahallinnolle tai Kansaneläkelaitokselle), laitokselle (esim. työeläkelaitokselle) tai muulle yhteisölle.

**Nimi** \_\_\_\_\_

**Henkilötunnus** \_\_\_\_\_

**Osoite** \_\_\_\_\_

**Puhelin** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Paikka ja aika

\_\_\_\_\_  
Allekirjoitus

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