# SUOSTUMUS POTILASASIAKIRJAN LUOVUTTAMISEEN

| Tiedot luovuttava yksikkö / lääkäri / muu | Potilaan nimi ja henkilötunnus |
|---|---|
| | |

## SUOSTUMUS TIETOJEN LUOVUTTAMISEEN

**Annan luvan: ☐ minua ☐ huollettavaani ☐ päämiestäni koskevien potilasasiakirjojen luovuttamiseen seuraavasti:**
**Lupa koskee suun alueelta otettua valokuvaa ja/tai röntgenkuvaa ja/tai operaatiosta otettua videokuvaa (materiaali):**
**☐ konsultaatiota varten**
**☐ opetus-, tutkimus- ja koulutuskäyttöön**

**Materiaalin saaja ja käyttötarkoitus**

Materiaalit saadaan tallentaa Suomen Kotilääkäripalvelu Oy:n QAdental –koulutusportaaliin.

- Palveluun ei tallenneta nimeä, henkilötunnusta eikä mitään potilaan tunnistetietoja.
- Materiaali on palvelussa kaikkien palveluun rekisteröityneiden jäsenien nähtävillä.
- Materiaali tallennetaan palveluun määräämättömäksi ajaksi.
- Palvelun tarkempi tietosuojaseloste löytyy täältä: http://www.qadental.com/tietosuojaseloste

| Päivämäärä | Suostumuksen antajan allekirjoitus |
|---|---|
| | |