

**LÄHETE
KUNTOUTUKSEN ASIAKASYHTEISTYÖRYHMÄÄN**

Osa 1

Lähettävä taho täyttää lähetteen (osa 1 lähete ja osa 2 suostumuslomake) ja toimittaa kuntoutustyöryhmän puheenjohtajalle.

Asiakkaan henkilötiedot

Sukunimi _____
Etunimet _____
Henkilötunnus _____
Osoite _____
Kotikunta _____
Puhelinnumero _____

Tulosyy

Elämäntilanne

Kotona _____

Vapaa-aikana _____

Työ-/koulutustilanne _____

Tukiverkosto _____

Tulot _____

Velat _____

Tulevaisuuden suunnitelmat (koulutus, työ, kuntoutus jne.)

Muuta huomioitavaa (terveydentila, perhetilanne, päihteet, rikosseuraamus ym.)

Aikaisemmat ja nykyiset tukitoimet

Muu tarvittaessa kutsuttava yhteistyötaho (nimi ja yhteystiedot)

SUOSTUMUSLOMAKE

Osa 2

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 tietojenkäsittelystä 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 käsittelynkannalta tarpeelliselle yhteisölle.

Nimi _____

Henkilötunnus _____

Osoite _____

Puhelin _____

Paikka ja aika _____

Allekirjoitus _____

Suostumus on voimassa asian käsittelyn ajan.

Asiakas voi peruttaa suostumuksensa ilmoittamalla siitä kirjallisesti yhteistyöryhmälle.

Lähetteen kirjoittaja ja asiakkaan yhteyshenkilö (pakollinen)

Toimipiste _____

Puhelin _____

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