



Om du har frågor kan du ringa servicenumret för rehabiliteringsärenden 020 692 225.



Fyll i blanketten noggrant.

Om vi behöver ytterligare uppgifter kontaktar vi dig.

Du kan skicka in blanketten per post  
[www.fpa.fi/postadresser](http://www.fpa.fi/postadresser)



Skötseln av ditt rehabiliteringsärende kan kräva att FPA och dess samarbetspartner samarbetar och utbyter personuppgifter som gäller dig. Syftet med samarbetet är att se till att våra samarbetspartner känner till hur ditt rehabiliteringsärende planeras och behandlas vid FPA, ditt rehabiliteringsbeslut, hur din rehabilitering framskrider och vart du hänvisas vidare. Samarbetet kan kräva att FPA och dess samarbetspartner lämnar ut uppgifter gällande din livssituation, din försörjning och ditt hälsotillstånd till varandra.

Vi behöver ett skriftligt samtycke av dig för att kunna lämna ut uppgifter. Om rehabiliteringsklienten är minderårig, behövs samtycke av både klienten och vårdnadshavaren. Samtycket gäller endast de uppgifter som inte kan lämnas ut direkt med stöd av lagstiftningen. Vi lämnar endast ut uppgifter som är relevanta för rehabiliteringsärendet.

Våra samarbetspartner sparar uppgifterna i sina egna kunduppgiftssystem och fungerar som personuppgiftsansvariga. Närmare information om dataskyddet och hanteringen av personuppgifter vid FPA finns på [www.fpa.fi/dataskydd](http://www.fpa.fi/dataskydd).

## 1. Uppgifter om kunden

Personbeteckning

Efternamn och förnamn

## 2. Samtycke

Jag samtycker till att den som handlägger mitt rehabiliteringsärende vid FPA sätter sig in i mitt fall och vid behov samarbetar med FPA:s samarbetspartner.

Jag har gett mitt samtycke frivilligt. Jag kan när som helst återta eller ändra mitt samtycke genom att meddela FPA detta skriftligen eller muntligen.

I mitt rehabiliteringsärende kan FPA samarbeta med följande aktörer:

Jag samtycker till att alla ovan nämnda samarbetspartner och FPA kan lämna ut uppgifter till varandra.

Jag samtycker till att FPA och följande samarbetspartner kan lämna ut uppgifter till varandra:

Jag samtycker inte till att FPA och dess samarbetspartner kan lämna ut uppgifter till varandra.

## 3. Underskrift

Ort och datum

Underskrift

Namn och telefonnummer, om samtycket undertecknas av någon annan än klienten (vårdnadshavare eller annan laglig företrädare)