



Hyvä asiakas/lapsen huoltaja,

haluamme taata sinulle/lapsellesi mahdollisimman asianmukaisen tutkimus- ja kuntoutusjakson. Pyrimme välttämään päällekkäistä työskentelyä. Siksi pyydämme lupaasi kysyä ja tilata tietoja seuraavilta tahoilta sekä lähettää sinua/lastasi koskevia tietoja seuraaville tahoille. Toivomme myös lupaasi tarvittaessa keskustella seuraavien tahojen kanssa työskentelyn edetessä.

Asiakkaan nimi: _____ Henkilötunnus: _____

- kyllä ei
£ £ kaikki alla mainitut
- £ £ äiti
£ £ isä
£ £ muu huoltaja, kuka? _____
- £ £ lähettävä lääkäri
£ £ kuntoutuksesta vastaava puheterapeutti
£ £ muu kuntouttaja, kuka? _____
- £ £ erityisopettaja/ opettaja
£ £ lastenneuvolan terveydenhoitaja
- £ £ muu taho, mikä? _____

Suostun siihen, että harjoittelun ohjaaja _____ ja opiskelija

_____ saavat olla yhteydessä merkitsemiini tahoihin ja jakaa asiakirjoja ja informaatiota keskenään niistä asioista, jotka koskevat kuntoutustani/lapseni kuntoutusta. Suostumus on peruutettavissa ilmoittamalla siitä kirjallisesti Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan logopedian koulutusohjelmaan (osoitetiedot alla).

Helsinki ___/___ 20__

(asiakkaan/huoltajan allekirjoitus)

(nimen selvennys)