

SUOSTUMUS PUOLESTA ASIOINTIA VARTEN TERVEYDENHUOLTOON

Suostumuksen antajan tiedot

Sukunimi	Etunimet
Henkilötunnus	Puh.

Puolesta asioivan tiedot

Sukunimi	Etunimet
Henkilötunnus	Puh.
Osoite	

Tällä valtuudella puolesta asioiva voi:

<input type="checkbox"/> Tehdä ja muuttaa valtuuttajan terveydenhuollon ajanvarauksia (sähköisesti, sekä puhelimitse).
<input type="checkbox"/> Ilmoittaa ja vastaanottaa valtuuttajan terveydentilaan liittyviä tietoja
<input type="checkbox"/> Toistaiseksi <input type="checkbox"/> määräaikaisena _____. ____ 20__ saakka

Olen tietoinen siitä, että voin halutessani peruuttaa suostumuksen ilmoittamalla siitä kirjallisesti.

Suostumus toimitetaan potilasarkistoon, jonka jälkeen tiedot tallennetaan potilastietojärjestelmään.

Päiväys ja suostumuksen antajan allekirjoitus

Paikka	Päiväys _____. ____ 20__
Allekirjoitus	
Nimenselvennys	