

SUOSTUMUS

Annetaan potilaan/asiakkaan puolesta toimiville henkilöille terveydenhuollossa asiointia varten.

Puolesta-asiointi ei mahdollista puolesta asioitavan potilastietojen katselua, reseptien uusimista tai laboratoriovastausten pyytämistä.

Potilaan/asiakkaan:

nimi _____

henkilötunnus _____

Annan suostumuksen siihen, että nimeämäni henkilö voi hoitaa puolestani asiointia Perusturvakuntayhtymä Karviaisen terveydenhuollossa.

Olen nimennyt seuraavan henkilön toimimaan puolestani:

Potilaan/asiakkaan puolesta toimivan henkilön:

nimi _____

henkilötunnus _____

puhelinnumero _____

Suostumus on voimassa:

toistaiseksi / määräaikaisena _____ saakka

Olen tietoinen, että voin halutessani peruuttaa suostumuksen ilmoittamalla siitä kirjallisesti tai henkilökohtaisesti terveydenhuollon toimintayksiköille.

Olen tietoinen siitä, että suostumuksessa nimeämäni henkilö voi ajanvarauspalvelussa nähdä minua koskevat ajanvarauksetiedot mukaan lukien ajanvarauksen syyn.

Suostumuksen tiedot tallennetaan terveydenhuollon potilasrekisteriin.

Paikka ja aika:

Suostumuksen antajan:

allekirjoitus _____

nimenselvennys _____

puhelinnumero _____