

SUOSTUMUS



Annetaan potilaan/asiakkaan puolesta toimivalle henkilölle terveydenhuollossa asiointia varten

Potilaan/asiakkaan:

nimi _____

henkilötunnus _____

Annan suostumuksen siihen, että nimeämäni henkilö voi hoitaa puolestani asiointia Paimion-Sauvon terveyskeskuksessa.

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 sähköisessä Kansalaisen terveyspalvelussa nähdä minua koskevat ajanvaraustiedot mukaan lukien ajanvarauksen syyn ja terveystietoon liittyviä asioita kuten lääkitys, diagnoosit, hoitosuunnitelma ja rokotukset.

Olen tietoinen, että minusta saa antaa hoitoon liittyviä tietoja suostumuksessa nimeämälleni henkilölle.

Suostumuksen tiedot tallennetaan terveydenhuollon potilasrekisteriin.

Paikka ja aika:

Suostumuksen antajan:

allekirjoitus _____

nimenselvennys _____

puhelinnumero _____

