

SUOSTUMUS

Annetaan potilaan /asiakkaan puolesta toimivalle henkilölle terveydenhuollon sähköistä asiointia varten ja/tai terveydenhuollon palveluissa asiointiin.

Potilaan/asiakkaan nimi ja henkilötunnus:

1) Annan suostumukseni siihen, että nimeämäni henkilö voi hoitaa puolestani **sähköistä asiointia** Keravan terveyskeskuksessa. Tämä suostumus koskee:
___ sähköistä ajanvarausta ja tekstiviestimuistutusta
___ muuta, mitä _____

2) Annan suostumukseni siihen, että nimeämäni henkilö **voi asioida puolestani** Keravan terveyskeskuksessa. Esimerkiksi asiointi omahoitajan kanssa puhelimitse.

kyllä/ei

Olen nimennyt seuraavan henkilön toimimaan puolestani yllä mainituissa asioissa:
Potilaan/asiakkaan puolesta toimivan henkilön nimi, henkilötunnus ja puhelinnumero

Suostumus on voimassa toistaiseksi ___ tai määräaikaisena ___
(___ . ___ . ___ asti) ja koskee Keravan terveyskeskusta.

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

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

Suostumuksen tiedot tallennetaan terveyskeskuksen potilasrekisteriin.

Paikka ja aika: _____

Suostumuksen antajan
allekirjoitus ja nimenselvennys: _____

Suostumuksen antajan
puhelinnumero: _____