Itä UUSIMAA / Östra NYLAND | Hyvinvointialue / Välfärdsområde

SAMTYCKE TILL ATT UTRÄTTA ÄRENDEN FÖR EN ANNAN PERSON I HÄLSOVÅRDEN

Kundens uppgifter	Efternamn och alla förnamn	Personbeteckning
	Telefonnummer	
	Vårdansvarig hälsostation	
Samtycke	Jag ger mitt samtycke till att den av mig utsedda personen uträttar ärenden för mig i följande tjänster: ☐ Tidsbokning till hälso- och sjukvården (det möjliggör även att man fyller i de föruppgifter som behövs) ☐ Tidsbokning till mun- och tandvården (det möjliggör även att man fyller i de föruppgifter som behövs) ☐ Påminnelse per textmeddelande ☐ Uppgifter som gäller hälsotillståndet och vården ☐ Utdelning av avgiftsfria förbrukningsartiklar ☐ Annat, vad? Denna fullmakt gäller inte följande ärenden inom hälsovården:	
En befullmäktigad person	**Jag har utsett följande person att agera för min räkning i ovan nämnda tjänster:**	
	Efternamn	Alla förnamn
	Personbeteckning	Telefonnummer
	Samtycket gäller (välj ett av alternativen): tidsbestämt till ☐ tidsbestämt till . . 20 ☐ tills vidare	
Datum och underskrift	Jag är medveten om att jag om jag vill kan återkalla mitt samtycke när som helst genom att skicka en skriftlig anmälan till en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård. Uppgifterna om samtycke sparas i Östra Nylands välfärdsområdes patientdatasystem.	
	Ort och datum	
	Underskrift och namnförtydligande av den person som ger samtycke	

1) Fyll i denna blankett och printa ut.
2) Lämna i första hand in anmälan till din egen hälsostation.

Kontrollering av identiteten (en anställd i välfärdsområdet fyller i):

☐ Körkort	Datum
☐ Identitetskort	Underskrift
☐ Pass	
☐ Annat, vad	Namnförtydligande

Lagstiftning som dokumentet baserar sig på:
• Lag om rättshandlingar på förmögenhetsrättens område (228/1929) 10§