

Fullmaktgivarens information	Efternamn och alla förnamn	Personbeteckning
	Telefonnummer	
	Vårdansvarig hälsostation	
Återkallelse av samtycke	<p>Jag ÅTERKALLAR mitt samtycke till att den av mig utsedda personen utträttar ärenden för mig hos följande tjänster:</p> <p>Tidsbokning till hälso- och sjukvården (det möjliggör också att man fyller i de föruppgifter som behövs)</p> <p>Tidsbokning till mun- och tandvården (det möjliggör också att man fyller i de föruppgifter som behövs)</p> <p>Påminnelse per textmeddelande</p> <p>Uppgifter som gäller hälsotillståndet och vården</p> <p>Utdelning av avgiftsfria förbrukningsartiklar</p> <p>Annat, vad?</p> <p>Denna fullmakt gäller inte följande tjänster inom hälsovården:</p>	
Fullmaktshavare	Efternamn	Alla förnamn
	Personbeteckning	Telefonnummer
	<p>Jag återkallar den fullmakt som jag gett</p> <p>_____ / _____ /20 _____</p>	
Datum och underskrift	Uppgifterna om återkallandet av en fullmakt att utträtt ärenden på mina vägnar 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. Om du skickar in anmälan elektroniskt kan du skicka det till som krypterad e-post till kirjaamo@itauusimaa.fi. Mera information om hur man skickar en krypterad e-post: [Krypterad e-post -Östra Nylands välfärdsområde](#).