

Asiakkaan tiedot	Sukunimi, Etunimet		Henkilötunnus
	Puhelinnumero		
	Hoidosta vastaava terveysasema		
Suostumus	Annan suostumukseni siihen, että nimeämäni henkilö voi asioida puolestani seuraavissa asioissa: Terveystieteiden tutkimus (tämä mahdollistaa myös täyttämään tarvittavat esitiedot) Suun terveydenhuollon tutkimus (tämä mahdollistaa myös täyttämään tarvittavat esitiedot) Tekstiviestimäistutus Terveystieteen ja hoitoon liittyvät tiedot Maksuttomien hoitotarvikkeiden jakelu Muu, mikä? Tämä valtakirja ei koske seuraavia terveydenhuollon asioita		
Valtuutettu henkilö	Olen nimennyt seuraavan henkilön toimimaan puolestani yllä mainituissa asioissa:		
	Sukunimi		Etunimet
	Henkilötunnus		Puhelinnumero
	Suostumus on voimassa (valitse jompikumpi): määräaikaisena . . 20 saakka toistaiseksi		
Päiväys ja allekirjoitus	Olen tietoinen siitä, että voin halutessani peruuttaa suostumuksen milloin tahansa ilmoittamalla siitä kirjallisesti terveydenhuollon toimintayksikölle tai kirjaamoon. Suostumuksen tiedot tallennetaan Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen potilastietojärjestelmään.		
	Paikka ja päivämäärä		
	Suostumuksen antajan allekirjoitus ja nimenselvennys		

- 1) Täytä tämä lomake ja tulosta se.
- 2) Palauta lomake ensisijaisesti omalle terveysasemalle.

Henkilöllisyyden tarkastaminen (hyvinvointialue täyttää):

☐ Ajokortti	Päiväys
☐ Henkilökortti	Allekirjoitus
☐ Passi	
☐ Muu, mikä?	Nimenselvennys

Asiakirjan perusteena olevat lait:

- Laki varallisuus oikeudellisista oikeustoimista (228/1929) 10§