

**SAMTYCÅTERKALLANDE AV FULLMAKT OM
ATT UTRÄTTA ÄRENDEN FÖR EN ANNAN
PERSON I HÄLSOVÅRDEN**

Fullmaktgivarens information	Efternamn och alla förnamn	Personbeteckning
	Telefonnummer	
	Vårdansvarig hälsostation	
Återkallelse av samtycke	Jag ÅTERKALLAR mitt samtycke till att den av mig utsedda personen uträttar ärenden för mig hos följande tjänster: Tidsbokning till hälso- och sjukvården (det möjliggör också att man fyller i de föruppgifter som behövs) Tidsbokning till mun- och tandvården (det möjliggör också 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 tjänster inom hälsovården:	
Fullmaktshavare	Efternamn	Alla förnamn
	Personbeteckning	Telefonnummer
	Jag återkallar den fullmakt som jag gett _____ / _____ /20 _____	
Datum och underskrift	Uppgifterna om återkallandet av en fullmakt att uträtta 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](#).

Lagstiftning som dokumentet baserar sig på:

- Lag om rättshandlingar på förmögenhetsrättens område (228/1929) 10§