

SUOSTUMUS

Annetaan potilaan/asiakkaan puolesta toimiville henkilöille terveydenhuollossa asiointia varten.

Potilaan/asiakkaan:

nimi _____

henkilötunnus _____

Annan suostumuksen siihen, että nimeämäni henkilö voi hoitaa puolestani asiointia Perusturvakuntayhtymä Karviaisen terveydenhuollossa.

Olen nimennyt seuraavan henkilön toimimaan puolestani:

Potilaan/asiakkaan puolesta toimivan henkilön:

nimi _____

henkilötunnus _____

puhelinnumero _____

Suostumus on voimassa:

toistaiseksi / määräaikaisena _____ saakka

Olen tietoinen, että voin halutessani peruuttaa suostumuksen ilmoittamalla siitä kirjallisesti tai henkilökohtaisesti terveydenhuollon toimintayksiköille.

Olen tietoinen siitä, että suostumuksessa nimeämälläni henkilöllä on samat oikeudet asioida puolestani kuin itsellenikin. Edustaja voi myös antaa puolestani suostumuksia. Suostumuksen tiedot tallennetaan terveydenhuollon potilasrekisteriin.

Paikka ja aika:

Suostumuksen antajan:

allekirjoitus _____

nimenselvennys _____

puhelinnumero _____