



Annetaan potilaan/asiakkaan puolesta toimivalle henkilölle terveydenhuollossa asiointia varten

Raision sosiaali- ja terveyskeskus

Potilaan/asiakkaan:

nimi _____

henkilötunnus _____

Annan suostumuksen siihen, että nimeämäni henkilö voi hoitaa puolestani asiointia Raision ja Ruskon yhteistoiminta alueella.

Olen nimennyt seuraavan henkilön toimimaan puolestani kaikissa toiminnoissa:

Tai olen nimennyt seuraavan henkilön toimimaan puolestani vain tämän asian hoitamiseen:

Tai seuraavissa toiminnoissa:

| | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Terveysasema | <input type="checkbox"/> | Neuvolat | <input type="checkbox"/> |
| Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto | <input type="checkbox"/> | Mielenterveysyksikkö | <input type="checkbox"/> |
| Kuntoutuspalvelut | <input type="checkbox"/> | Suunterveydenhuolto | <input type="checkbox"/> |

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 nimeämäni henkilö voi ajanvarauspalvelussa nähdä minua koskevat ajanvarauksetiedot mukaan lukien ajanvarauksen syy.

Suostumuksen tiedot tallennetaan terveydenhuollon potilasrekisteriin.

Paikka ja aika: _____

Suostumuksen antajan:

allekirjoitus _____

nimenselvennys _____

puhelinnumero _____