

SUOSTUMUSLOMAKKEEN TÄYTTÖOHJE / Terveystenhoito

*Annetaan potilaan puolesta toimivalle henkilölle
terveydenhuollossa asiointia varten*

KanTa
eResepti

Jos joku muu kuin potilas itse tai hänen laillinen edustajansa asioi terveydenhuollossa potilaan puolesta, tarvitaan potilaan tai hänen laillisen edustajansa allekirjoittama suostumus.

Potilaan tai hänen laillisen edustajansa allekirjoittama suostumus tarvitaan, kun

- resepti uusitaan tai mitätöidään,
- potilaan kokonaislääkitys tarkistetaan tai
- sähköisistä resepteistä annetaan yhteenveto potilaan puolesta asioivalle henkilölle.

Laillinen edustaja voi olla esimerkiksi alaikäisen lapsen huoltaja tai edunvalvoja, jonka tehtäväksi on määrätty potilaan terveyttä koskevien asioiden hoitaminen. 15 vuotta täyttänyt henkilö voi itse allekirjoittaa suostumuksen.

Potilas tai hänen laillinen edustajansa nimeää potilaan puolesta toimivan henkilön lomakkeelle. Suostumus annetaan kolmen vuoden ajaksi allekirjoituspäivästä lukien. Lomakkeelle nimetään terveydenhuollon toimintayksikkö, jossa asiointia suostumus koskee. Potilaan puolesta toimiva henkilö antaa lomakkeen terveydenhuoltoon, kun hän asioi siellä ensimmäistä kertaa. Suostumuksen tiedot tallennetaan terveydenhuollon toimintayksikön potilasrekisteriin, josta niitä voidaan katsoa palvelutilanteessa.

Jos useampi henkilö asioi terveydenhuollossa potilaan puolesta, suostumus annetaan kullekin henkilölle erikseen. Samoin jos potilaan puolesta asioidaan eri terveydenhuollon toimintayksiköissä, suostumus annetaan kullekin yksikölle erikseen.

Jos potilas tai hänen laillinen edustajansa haluaa peruuttaa suostumuksen, peruutus tehdään kirjallisesti ja toimitetaan terveydenhuollon toimintayksikköön. Suostumus peruutetaan esimerkiksi silloin, kun potilaan puolesta toimiva henkilö ei enää hoida potilaan asioita.

**SUOSTUMUS
/ Terveysthuolto**

*Annetaan potilaan puolesta toimivalle henkilölle
terveydenhuollossa asiointia varten*

KanTa
eResepti

Potilaan nimi ja henkilötunnus

Valtakunnallinen tietojärjestelmä, Reseptikeskus, sisältää kaikki sähköiset reseptit ja niiden toimittiedot. Annan suostumukseni seuraavia tilanteita varten:

Terveysthuollon toimintayksikkö voi tarvittaessa uusia reseptin, ja reseptin uusiva lääkkeen määrääjä saa katsoa Reseptikeskuksessa olevia reseptitietoja. Jos reseptiä ei voi uusia, asiasta saa ilmoittaa puhelimitse alla mainitulle henkilölle.

Hoitava lääkäri tai sairaanhoitaja voi tarvittaessa tarkastella Reseptikeskuksessa olevia reseptitietoja, jotta hän voi varmistua lääkehoidon turvallisuudesta (kokonaislääkitys ja lääkkeiden haitalliset yhteisvaikutukset).

Alla mainittu henkilö voi antaa suostumuksen reseptin mitätöintiin, jos lääkitys tarkistetaan eikä sen perusteella reseptiä enää tarvita.

Alla mainitulle henkilölle voi pyydettäessä antaa yhteenvedon sähköisistä resepteistä.

Potilaan puolesta toimivan henkilön nimi, henkilötunnus ja puhelinnumero

Annan suostumuksen kolmen vuoden ajalle allekirjoituspäivästä alkaen, ja se koskee seuraavaa terveydenhuollon toimintayksikköä

(terveydenhuollon toimintayksikön nimi)

Olen tietoinen siitä, että voin halutessani peruuttaa suostumuksen ilmoittamalla siitä kirjallisesti terveydenhuollon toimintayksikölle. Suostumuksen tiedot tallennetaan terveydenhuollon potilasrekisteriin.

Paikka ja aika

Suostumuksen antajan
allekirjoitus ja nimenselvennys

(potilas tai hänen laillinen edustajansa)

Suostumuksen antajan
puhelinnumero