

SUOSTUMUKSEN PERUUTTAMINEN
/ Terveysthuolto ja apteekki
Sähköiseen reseptiin annetun suostumuksen peruuttaminen



Potilaan nimi ja henkilötunnus

Potilaan puolesta toimineen henkilön nimi ja henkilötunnus tai palveluasumisen tai kotihoidon palvelujen tuottajan nimi

Terveysthuollon toimintayksikkö tai apteekki, jossa asiointia varten suostumus on annettu

(terveydenhuollon toimintayksikön tai apteekin nimi)

Peruutan suostumuksen, jonka annoin _____ .

(suostumuksen allekirjoituspäivämäärä)

Paikka ja aika

Allekirjoitus ja nimenselvennys

(potilas tai hänen laillinen edustajansa)

Toimita suostumuksen peruutus siihen terveydenhuollon toimintayksikköön tai apteekkiin, jossa asiointia varten olit suostumuksen antanut.