

SAMTYCKE TILL ÄRENDEHANTERING Å KLIENTENS/PATIENTENS VÄGNAR

Uppgifter för **givaren av samtycket** (klienten/patienten)

Efternamn	Förnamn (bägge)
Personbeteckning	Tfn

Uppgifter för **personen som fungerar å klientens/patientens vägnar**

Efternamn	Förnamn (bägge)
Personbeteckning	Tfn
Adress	

Samtycket berör

☐ Skötande av patientens ärenden inom hälsovården (bl.a. tidsbokning, givande av laboratorieresultat el.dyl.)
☐ Ärendehantering med någon myndighet inom socialvården (vilka serviceuppgifter el. dyl.)

Samtycket är i kraft

☐ tills vidare ☐ under viss tid fram till ____/____20____ och gäller social- och hälsosektorn i Vasa. Jag är medveten om att jag ifall jag önskar kan upphäva samtycket genom att skriftligt meddela detta till social- och/eller hälsovården. Uppgifterna för samtycket lagras i patient- och/eller klientdatasystemet.
--

Datering och underskrift från givaren av samtycket

Plats	Datum ____/____20____
Underskrift	
Namnförtydligande	