

SUOSTUMUS ASIAKKAAN/POTILAAN PUOLESTA ASIOINTIA VARTEN

Suostumuksen antajan (asiakkaan/potilaan) tiedot

Sukunimi	Etunimet
Henkilötunnus	Puh.

Puolesta toimivan tiedot

Sukunimi	Etunimet
Henkilötunnus	Puh.
Osoite	

Suostumus koskee

<input type="checkbox"/> Potilaan asioiden hoitoa terveydenhuollossa (koskien mm. ajanvarausta, laboratoriotulosten antamista tms.) <hr/>
<input type="checkbox"/> Asiointi sosiaalihuollon viranomaisen kanssa (missä palvelutehtävässä tms.): <hr/>

Suostumus on voimassa

toistaiseksi määräaikaisena ____/____20____ saakka ja koskee Vaasan sosiaali- ja terveystoimea.

Olen tietoinen siitä, että voin halutessani peruuttaa suostumuksen ilmoittamalla siitä kirjallisesti sosiaali- ja/tai terveydenhuoltoon.

Suostumuksen tiedot tallennetaan potilas- ja/tai asiakastietojärjestelmään.

Päiväys ja suostumuksen antajan allekirjoitus

Paikka	Päiväys ____/____20____
Allekirjoitus	
Nimenselvennys	