VASA.
VASA.

# 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.)

_____

☐ Skötande av patientens ärenden inom tandvården (bl.a. tidsbokning, givande av laboratorieresultat 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 | |