

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

Potilaan asioiden hoitoa terveydenhuollossa (koskien mm. ajanvarausta, laboratoriotulosten antamista tms.)

Asiointi sosiaalihuollon viranomaisen kanssa (missä palvelutehtävässä tms.):

Potilaan asioiden hoitoa hammashuollossa (koskien mm. ajanvarausta, laboratoriotulosten antamista tms.)

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	