

SUOSTUMUS PUOLESTA ASIOINTIIN ESPOON KAUPUNGIN TERVEYSTALVELUJEN S4HKÖISTÄ ASIOINTIA VARTEN

Potilas/Asiakas

Nimi	Puhelinnumero	Henkilötunnus
------	---------------	---------------

Yllämainitun henkilön on palautettava lomake terveydenhuollon yksikköön henkilökohtaisesti!

Annan suostumukseni siihen, että nimeämäni henkilö voi hoitaa puolestani sähköistä asiointia Espoon terveyskeskuksessa. Tämä suostumus koskee seuraavia palveluita:

Terveydenhuollon ajanvaraus (tämä mahdollistaa myös täyttämään tarvittavat esitiedot)

Omahoito ja Terveyskansio (Terveystiedot ja viestintä henkilöstön kanssa)

Tekstiviestimuistutus

Esitiedot (sähköisesti välitettävät tiedot ja lomakkeet)

Olen nimennyt seuraavan henkilön toimimaan puolestani yllä mainituissa asioissa:

Nimi	Puhelinnumero	Henkilötunnus
------	---------------	---------------

Suostumus on voimassa:

Määräaikaisena ____ . ____ . 20 ____ saakka.

Olen tietoinen siitä, että voin halutessani peruuttaa suostumuksen ilmoittamalla siitä kirjallisesti terveydenhuollon toimintayksikölle.

Olen tietoinen siitä, että suostumuksessa nimeämäni henkilö voi ajanvarauspalvelussa nähdä minua koskevat ajanvarauksietiedot mukaan lukien ajanvarauksen syyn.

Olen tietoinen siitä, että antaessani Omahoitopalvelua koskevan suostumuksen nimeämäni henkilö voi nähdä kaikki Espoon potilastietojärjestelmään kirjatut pysyvät diagnoosini, lääkitykseni, saamani rokotukset sekä hoitosuunnitelmani ja palvelun kautta kulkevat viestit ja laboratoriotulokset.

Suostumuksen tiedot tallennetaan terveyskeskuksen potilasrekisteriin.

Allekirjoitus ja päiväys

Paikka ja päiväys	Suostumuksen antajan allekirjoitus ja nimenselvennys
-------------------	--