

SAMTYCKE TILL ATT DEN PERSON JAG UTSETT PÅ MINA VÄGNAR KAN ANVÄNDA HÄLSOVÅRDENS E-TJÄNSTER I ESBO STAD

Patient/klient

Namn	Telefonnummer	Personbeteckning
------	---------------	------------------

Undertecknad blanketten måste lämnas in personligen!

Jag ger mitt samtycke till nedanstående person får sköta mina ärenden inom hälsovårdens e-tjänster. Mitt samtycke gäller följande e-tjänster:

Hälsovårdens tidsbokning (inklusive att fylla i förhandsuppgifter och fylla i ansökan om vaccinering för resenärer)

Egenvård och Hälsomappen (för hälsokommunikation med personalen)

Sms-påminnelser

Förhandsuppgifter (uppgifter som skickas in elektroniskt före mottagningen)

Jag har utsett följande person till att handla på mina vägnar i de ovan nämnda ärendena:

Namn	Telefonnummer	Personbeteckning
------	---------------	------------------

Samtycket gäller:

På viss tid, till ____ . ____ . 20 ____ och gäller hälsovården i Esbo stad.

Jag är medveten om att jag kan dra in mitt samtycke om jag så vill, genom att skriftligen anmäla det till hälsovårdens verksamhetsenhet.

Jag är medveten om att personen som jag utsett kan se mina bokningsuppgifter i tidsbokningstjänsten, inklusive orsaken till tidsbokningen.

Jag är medveten om att när jag ger mitt samtycke för tjänsten Egenvård kan den person jag utsett se alla mina permanenta diagnoser som antecknats i patientregistret i Esbo stad, min medicinering, mina vaccinationer samt min vårdplan och alla meddelanden och laboratorieresultat som syns i tjänsten.

Uppgifterna om samtycket förs in i patientregistret.

Underskrift och datum

Plats och datum	Underskrift av den som ger sitt samtycke och namnförtydligande
-----------------	--