

## Suostumus puolesta asiointiin Porvoon kaupungin terveysasemalla

Asiakkaan nimi ja henkilötunnus:

**Asiakkaan** on palautettava lomake terveysasemalle henkilökohtaisesti!

Annan suostumukseni siihen, että nimeämäni henkilö voi puolestani asioida Porvoon terveysasemalla seuraavissa asioissa:

\_\_\_ Terveydenhuollon ajanvaraus (tämä mahdollistaa myös täyttämään tarvittavat esitiedot)

\_\_\_ Suun terveydenhuollon ajanvaraus (tämä mahdollistaa myös täyttämään tarvittavat esitiedot)

\_\_\_ Tekstiviestimuistutus

\_\_\_ Terveydentilaan ja hoitoon liittyvät tiedot

\_\_\_ Muu, mikä? \_\_\_\_\_

Olen nimennyt seuraavan henkilön toimimaan puolestani yllä mainituissa asioissa:

**Asiakkaan puolesta toimivan** henkilön nimi, henkilötunnus ja puhelinnumero

Suostumus on voimassa: (valitse toinen)

\_\_\_ toistaiseksi      \_\_\_ määräaikaisena \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_20\_\_\_ saakka

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

Suostumuksen tiedot tallennetaan Porvoon kaupungin potilastietojärjestelmään.

Paikka ja aika

Suostumuksen antajan allekirjoitus ja nimenselvennys sekä puhelinnumero

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_