

## Återkallande av fullmakt om att uträtta ärenden på mina vägnar hos hälso- och sjukvården vid Östra Nylands välfärdsområde

Blanketten återlämnas till den hälso- och sjukvårdstjänst som återkallandet gäller. Patienten ska överräcka blanketten personligen eller skicka den med säker e-post till registratorskontoret. Anvisning om hur man skickar säker det vill säga krypterad e-post: [Krypterad e-post - Östra Nylands välfärdsområde \(ostranyland.fi\)](https://ostranyland.fi)

### Fullmaktsgivarens uppgifter

Förnamn och efternamn	Personbeteckning
Telefonnummer	

**Jag återkallar mitt samtycke** till att den av mig utsedda personen skulle få uträtta ärenden på mina vägnar hos hälso- och sjukvårdstjänsterna vid Östra Nylands välfärdsområde:

- Tidsbokning till hälso- och sjukvården (det möjliggör också att man fyller i de föruppgifter som behövs)
- Tidsbokning till mun- och tandvården (det möjliggör också att man fyller i de föruppgifter som behövs)
- Ändring med textmeddelande
- Uppgifter som gäller hälsotillståndet och vården
- Utdelning av avgiftsfria förbrukningsartiklar
- Annat, vad? \_\_\_\_\_

- Denna **fullmakt gäller inte** följande hälso- och sjukvårdstjänster (valfri):  
\_\_\_\_\_

### Fullmaktshavare

Förnamn och efternamn	Personbeteckning
-----------------------	------------------

Jag återkallar den fullmakt som jag gett: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**20**\_\_\_\_

Uppgifterna om återkallandet av en fullmakt att uträtta ärenden på mina vägnar sparas i Östra Nylands välfärdsområdes patientdatasystem.

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande av den person som återkallar samtycket

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_