

## Samtycke till att uträtta ärenden för en annan persons räkning vid social- och hälsostationer i Östra Nylands välfärdsområde

Kundens namn: \_\_\_\_\_

Personbeteckning: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Blanketten returneras till social- och hälsostationen. Kunden kan överräcka blanketten** personligen eller skicka den med säker e-post till registratörskontoret. Anvisning om hur man skickar säker, dvs. krypterad e-post: [Säker e-post - Östra Nylands välfärdsområde \(ostranyland.fi\)](https://ostranyland.fi)

**Jag ger mitt samtycke till** att den av mig utsedda personen uträttar ärenden för mig hos följande tjänster inom social- och hälsostationer 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)
- Påminnelse per textmeddelande
- Uppgifter som gäller hälsotillståndet och vården
- Utdelning av avgiftsfria förbrukningsartiklar
- Annat, vad? \_\_\_\_\_

Denna **fullmakt gäller inte** följande ärenden inom hälsovården:

\_\_\_\_\_

Jag har utsett följande person att agera för min räkning i ovan nämnda ärenden:

Personens namn: \_\_\_\_\_

Personbeteckning: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Samtycket gäller: (välj ett av alternativen)

- tidsbestämt till \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_  
**eller**
- tills vidare

Jag är medveten om att jag om jag vill kan återkalla mitt samtycke när som helst genom att skicka en skriftlig anmälan till en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård.

Uppgifterna om samtycke sparas i Östra Nylands välfärdsområdes patientdatasystem.

**Ort och datum Underskrift och namnförtydligande av den person som ger samtycke**

\_\_\_\_\_