

Asiakkaan

Nimi _____

Henkilötunnus _____

Annan suostumuksen siihen, että nimeämäni henkilö voi hoitaa puolestani asiointia Naantalin kaupungin terveystietopalveluissa.

Nimi _____

Henkilötunnus _____

Puhelinnumero _____

Kotikunta _____

Olen nimennyt yllämainitun henkilön toimimaan puolestani **kaikissa** terveystietojani koskevissa toiminnoissa.

Tai ainoastaan seuraavissa toiminnoissa:

Lääkäri/hoitaja vastaanotot

Laboratorio

Röntgen

Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto

Sähköiset terveystietopalvelut

Neuvolat

Mielenterveysyksikkö

Suun terveydenhuolto

Kuntoutuspalvelut

Tai vain tämän asian hoitamiseen:

Suostumus on voimassa:

Toistaiseksi
 Määräaikaisena _____ saakka.

Suostumuksen tiedot tallennetaan terveydenhuollon potilasrekisteriin.

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

Paikka ja aika: _____

Suostumuksen antajan:

allekirjoitus _____

nimenselvennys _____

puhelinnumero _____