

VALTAKIRJA PUOLESTA ASIOINTIIN

Tällä valtakirjalla minä

Asiakkaan nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Osoite: _____

Puhelinnumero: _____

valtuutan

Valtuutetun nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Osoite: _____

Puhelinnumero: _____

Huoltaja Edunvalvoja Lähiomainen Muu: _____

hoitamaan terveydenhuollon asiointia puolestani Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymässä. Tämä valtakirja koskee seuraavia palveluita (yksilöi palvelut tarkasti):

Valtakirja on voimassa: (valitse toinen)

toistaiseksi

määräaikaisena _____ / _____ / _____ saakka.

Olen tietoinen siitä, että voin halutessani peruuttaa tämän valtakirjan ilmoittamalla siitä kirjallisesti Potilasasiakirjakeskukseen.

Olen myös tietoinen siitä, että valtakirjassa nimeämäni henkilö voi ajanvarauksen yhteydessä kertoa potilastiedoiksi luokiteltavia tietoja kuten ajanvarauksen syyn ja kertoa esitietoja ajanvaraukseen liittyen.

Valtakirjan tiedot tallennetaan Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän potilasrekisteriin.

Palauta valtakirja valitsemaasi Essoten toimipisteeseen. Ota mukaan kuvallinen henkilöllisyystodistus tai passi.

Paikka ja aika: _____

Valtakirjan antajan allekirjoitus: _____

Valtakirjan antajan nimenselvennys: _____

Henkilöllisyys tarkastettu, kenen toimesta _____

Jos valtuutettu palauttaa valtakirjan asiakkaan puolesta, valtakirjalle tarvitaan kaksi täysi-ikäistä, **esteetöntä todistajaa**. Tällöin valtuutetun henkilön henkilöllisyys tarkastetaan palautuksen yhteydessä.

Todistamme, että _____ on läsnä ollessamme allekirjoittanut omasta vapaasta tahdostaan ja asian merkityksen ymmärtäen tämän valtakirjan.

Paikka ja aika: _____

Allekirjoitus: _____

Allekirjoitus: _____

Nimenselvennys: _____

Nimenselvennys: _____

Henkilötunnus: _____

Henkilötunnus: _____

Henkilöllisyys tarkistettu, kenen toimesta _____