

SUOSTUMUS

puolesta asiointiin Perusturvakuntayhtymä Akselin sosiaali- ja terveyspalveluissa asiointia varten.

Potilaan/Asiakkaan nimi ja henkilötunnus: _____

Huom! Yllämainitun henkilön on palautettava lomake Akselin toimipisteeseen henkilökohtaisesti!

Annan suostumukseni siihen, että nimeämäni henkilö voi hoitaa puolestani asiointia terveyskeskuksessa. Tämä suostumus koskee seuraavia palveluita:

Terveystietojen ajanvaraus (tämä mahdollistaa myös tarvittavien esitietojen täyttämisen) Kyllä Ei

Omahoito ja Terveyskansio (Terveystiedot ja viestintä henkilöstön kanssa) Kyllä Ei

Tekstiviestimuistutus Kyllä Ei

Esitiedot (sähköisesti välitettävät tiedot ja lomakkeet) Kyllä Ei

Olen nimennyt seuraavan henkilön toimimaan puolestani yllä mainituissa asioissa:

Potilaan/asiakkaan puolesta toimivan henkilön nimi, henkilötunnus ja puhelinnumero:

Suostumus on voimassa: (valitse yksi)

___toistaiseksi (kahden vuoden ajan) ___määräaikaisena ___/___/____saakka

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

Olen tietoinen siitä, että suostumuksessa nimeämäni henkilö voi ajanvarauspalvelussa nähdä minua koskevat ajanvaraustiedot mukaan lukien ajanvarauksen syy.

Olen tietoinen siitä, että antaessani Omahoitopalvelua koskevan suostumukseni nimeämäni henkilö voi nähdä kaikki PTKY Akselin potilastietojärjestelmään kirjatut pysyvät diagnoosini, lääkitykseni, saamani rokotukset sekä hoitosuunnitelmani ja palvelun kautta kulkevat viestit ja laboratoriotulokset.

Suostumuksen tiedot tallennetaan terveyskeskuksen potilasrekisteriin.

Paikka ja aika, suostumuksen antajan allekirjoitus, nimenselvennys sekä puhelinnumero

Allekirjoittaneen henkilön on palautettava lomake terveydenhuollon yksikköön henkilökohtaisesti!