

Suostumus puolesta asiointiin Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen terveystalvelujen
sähköistä asiointia varten

Potilas/Asiakas

Nimi	Puhelinnumero	Henkilötunnus
------	---------------	---------------

Yllämainitun henkilön on palautettava lomake terveydenhuollon yksikköön henkilökohtaisesti!

Annän suostumukseni siihen, että nimeämäni henkilö voi hoitaa puolestani sähköistä asiointia Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen terveyskeskuksessa. Tämä suostumus koskee seuraavia palveluita:

Terveystenhuollon ajanvaraus (tämä mahdollistaa myös täyttämään tarvittavat esitiedot)

Omahoito ja Terveystkansio (Terveystiedot ja viestintä henkilöstön kanssa)

Tekstiviestimuiustus

Esitiedot (sähköisesti välitettävät tiedot ja lomakkeet)

Olen nimennyt seuraavan henkilön toimimaan puolestani yllä mainituissa asioissa:

Nimi	Puhelinnumero	Henkilötunnus
------	---------------	---------------

Suostumus on voimassa:

Määräaikaisena ____ . ____ . 20 ____ 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 ajanvarauksetiedot mukaan lukien ajanvarauksen syyn.

Olen tietoinen siitä, että antaessani Omahoitopalvelua koskevan suostumuksen nimeämäni henkilö voi nähdä kaikki Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen potilastietojärjestelmään kirjatut pysyvät diagnoosini, lääkitykseni, saamani rokotukset sekä hoitosuunnitelmani ja palvelun kautta kulkevat viestit ja laboratoriotulokset.

Suostumuksen tiedot tallennetaan terveyskeskuksen potilasrekisteriin.

Allekirjoitus ja päiväys

Paikka ja päiväys	Suostumuksen antajan allekirjoitus ja nimenselvennys
-------------------	--