



eTerveyspalvelut

Puolesta-asioinnin sopimus

Yli 15-vuotiasta ja aikuista koskevat valtuudet

Voit antaa toiselle henkilölle suostumuksen toimia puolestasi terveydenhuollon sähköisissä palveluissa. Suostumuksen annat joko sähköisesti tai lomakkeella. Yli 15-vuotias voi antaa puolesta-asioinnin oikeudet toiselle henkilölle joko määräaikaisena tai toistaiseksi voimassa olevana.

- 1. Sähköisesti:** Voit antaa asiointivaltuuden puolesta asiointiin sähköisesti Suomi.fi-valtuuksissa. Katso ohjeet, miten annat asiointivaltuudet osoitteessa Suomi.fi: <https://www.suomi.fi/ohjeet-ja-tuki/tietoa-valtuuksista/anna-asiointivaltuus-henkilona>
- 2. Kirjallinen suostumus lomakkeella:** Puolesta-asiointia koskeva suostumuslomake on toimitettava henkilökohtaisesti terveydenhuollon yksikköön. Suostumuksen voi antaa määräaikaisena tai toistaiseksi voimassa olevana. Suostumuksen voi perua ilmoittamalla siitä kirjallisesti tai henkilökohtaisesti terveydenhuollon toimintayksiköille.

Kun valtuus tai suostumus on voimassa, voi puolesta asioiva henkilö toimia sähköisissä terveyspalveluissa samalla tavoin kuin sinä itse (puolesta-asioitava) voisit toimia. Puolesta asioiva voi

- varata, perua ja siirtää puolesta asioitavan vastaanottoaikoja
- jos puolesta-asioitavalle on avattu viestipalvelu käyttöön, voit vastaanottaa suojattuja web-viestejä
- lähettää lomakkeita ja
- tarkistaa henkilötiedot.

Muistattehan, että puolesta asioivan henkilön tulee täyttää eTerveyspalveluiden ensimmäisellä käyttökerralla myös käyttösopimus.

AKAAN KAUPUNKI, Sosiaali- ja terveyspalvelut

käyntiosoite	Torkontie 2	37800 AKA	puhelin	(03) 569 1120
postiosoite	PL 34	37801 AKA		
internet	http://www.aka.fi		email	akaan.kaupunki@aka.fi



Puolesta-asioinnin sopimus

Potilaan/asiakkaan nimi _____ henkilötunnus _____
Annan suostumuksen siihen, että nimeämäni henkilö voi hoitaa puolestani asiointia Akaan kaupungin sähköisissä terveyspalveluissa. Olen nimennyt seuraavan henkilön asioimaan puolestani sähköisesti: Potilaan/asiakkaan puolesta asioijan nimi _____ henkilötunnus _____ puhelinnumero _____
Suostumus on voimassa <input type="checkbox"/> toistaiseksi <input type="checkbox"/> määräaikaisena _____ saakka Olen tietoinen, että voin halutessani peruuttaa suostumuksen ilmoittamalla siitä kirjallisesti tai henkilökohtaisesti terveydenhuollon toimintayksiköille. Olen tietoinen siitä, että suostumuksessa nimeämäni henkilö voi ajanvarauspalvelussa nähdä minua koskevat ajanvaraustiedot. Suostumuksen tiedot tallennetaan terveydenhuollon potilasrekisteriin.
Paikka ja aika _____
Suostumuksen antajan allekirjoitus ja nimenselvennys _____ _____
puhelinnumero _____ <input type="checkbox"/> henkilöllisyys tarkistettu (terveydenhuollon ammattilainen täyttää)

AKAAN KAUPUNKI, Sosiaali- ja terveyspalvelut

käyntiosoite Torkontie 2 37800 AKA puhelin
postiosoite PL 34 37801 AKA
internet <http://www.aka.fi> email

(03) 569 1120

akaan.kaupunki@aka.fi

