

Valtakirja puolesta asiointiin

Valtakirjan antajan tiedot

Etinimi ja sukunimi	Henkilötunnus
---------------------	---------------

Valtuutetun tiedot

Etinimi ja sukunimi	Henkilötunnus
Osoite	
Postinumero ja toimipaikka	Puhelin

Valtuutuksen laajuus

Valtuutan yllämainitun henkilön hoitamaan asioitani Pihlajalinnna konserniin kuuluvissa yhtiöissä. Valtuutettu henkilö voi tehdä seuraavia asioita

- tiedustella tulevia ajanvarauksia
- tiedustella laboratoriovastauksia
- hoitamaan lääkehoitoon liittyviä asioita koskien myös reseptikeskusta (Kantapalvelut)
 - reseptien uusiminen ja mitätöinti, yhteenveto resepteistä, lääkeshoidon turvallisuuden varmistaminen
- pyytää potilasasiakirjat
- hoitaa maksuihin liittyviä asioita

Valtakirjaa koskevat rajoitteet (kirjoita asiat joita valtakirja ei koske, esim. Pihlajalinnnan nykyisin tai aiemmin tuottama julkinen/yksityinen terveydenhuolto, ajanjakso, sairaus/tapaturma, toimipiste tai kohdenna valtakirja koskemaan ainoastaan alla mainittuja asioita).

Valtakirjan voimassaolo

Valtakirja on voimassa ____/____ 20____ saakka (max 2 vuotta)

Valtakirjan antajan allekirjoitus

Päiväys ____/____ 20____	Valtakirjan antajan allekirjoitus ja nimenselvennys
--------------------------	---

Todistajat (vaaditaan, mikäli valtakirjan antaja ei pääse Pihlajalinnan toimipisteeseen todistamaan henkilöllisyyttään)

Päiväys ____/____ 20____	Päiväys ____/____ 20____
Allekirjoitus ja nimenselvennys	Allekirjoitus ja nimenselvennys

Toimipiste täyttää

Valtakirjan antajan/ valtuutetun henkilöllisyys tulee varmistaa valokuvallisesta henkilöllisyydestodistuksesta. Henkilöllisyyden varmistamisen tapa:

- Ajokortti Passi Poliisin myöntämä kuvallinen henkilökortti
- Muu, mikä: _____

Valtakirjan vastaanottajan nimi:	Valtakirjan vastaanottajan toimipiste:
----------------------------------	--

Valtakirja arkistoidaan potilasrekisteriin potilaan/asiakkaan tietoihin liitetiedostona.