



Valtakirja puolesta asiointiin

Valtakirjan antajan tiedot

Etunimi ja sukunimi	Henkilötunnus
---------------------	---------------

Valtuutetun tiedot

Etunimi ja sukunimi	Henkilötunnus
Osoite	
Postinumero ja toimipaikka	Puhelin

Valtuutuksen laajuus

<p>Valtuutan yllä mainitun henkilön hoitamaan asioitani Kolmostien Terveudessa. Valtuutettu henkilö voi tehdä seuraavia asioita</p> <p><input type="checkbox"/> tiedustella tulevia ajanvarauksia</p> <p><input type="checkbox"/> tiedustella laboratoriovastauksia</p> <p><input type="checkbox"/> hoitamaan lääkehoitoon liittyviä asioita koskien myös reseptikeskusta (Kantapalvelut)</p> <p>– reseptien uusiminen ja mitätöinti, yhteenveto resepteistä, lääkehoidon turvallisuuden varmistaminen</p> <p><input type="checkbox"/> pyytää potilasasiakirjat</p> <p><input type="checkbox"/> hoitaa maksuihin liittyviä asioita</p>
--

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

--

Valtakirjan voimassaolo

Valtakirja on voimassa	saakka (max 2 vuotta)
------------------------	-----------------------

Valtakirjan antajan allekirjoitus

Päiväys	Valtakirjan antajan allekirjoitus ja nimenselvennys
---------	---



Kolmostien Terveys

Pihlajalinna

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

Päiväys	Päiväys
Allekirjoitus ja nimenselvennys	Allekirjoitus ja nimenselvennys

Toimipiste täyttää

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

Ajokortti Passi Poliisin myöntämä kuvallinen henkilökortti Muu, mikä:

Valtakirjan vastaanottajan nimi ja toimipiste:

Valtakirja arkistoidaan potilasrekisteriin potilaan/asiakkaan tietoihin liitetiedostona.