|  |
| --- |
| Potilaan/asiakkaan |
|  | nimi |       |  |
|  | henkilötunnus |       |  |
|  |
| Annan suostumuksen siihen, että nimeämäni henkilö voi hoitaa puolestani asiointia Nokian kaupungin terveydenhuollossa |
| Olen nimennyt seuraavan henkilön toimimaan puolestani |
| Potilaan/asiakkaan puolesta toimivan henkilön |
|  | nimi |       |  |
|  | henkilötunnus |       |  |
|  | puhelinnumero |       |  |
|  |
| Suostumus on voimassa |
|  | [ ]  | toistaiseksi |  |  |  |
|  | [ ]  | määräaikaisena |       | saakka |  |
| Olen tietoinen, että voin halutessani peruuttaa suostumuksen ilmoittamalla siitä kirjallisesti tai henkilökohtaisesti terveydenhuollon toimintayksikölle. |
| Olen tietoinen siitä, että suostumuksessa nimeämäni henkilö voi ajanvarauspalvelussa nähdä minua koskevat ajanvaraustiedot mukaan lukien ajanvarauksen syyn. |
| Suostumuksen tiedot tallennetaan terveydenhuollon potilasrekisteriin. |
|  |
|  |
|  | Paikka ja aika |       |  |
|  |
| Suostumuksen antajan |
|  | allekirjoitus |  |  |
|  | nimen selvennys |       |  |
|  | puhelinnumero |       |  |
|  |  |  |  |