|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | |  |
|  |  | |  | | |  |