

Valtuutus 12-18 vuotiaan puolesta asiointiin

Puolesta asioiva saa oikeuden Wiitaunionin terveyskeskuksen tarjoamaan eTerveyspalveluun, johon kuuluvat ajanvaraus-, viesti-, tekstiviesti- ja lomakepalvelut.

Puolesta asioinnin edellytykset

Puolesta asiointi edellyttää, että potilas/asiakas on nimennyt 18 vuotta täyttäneen henkilön ja antanut Wiitaunionin terveyskeskukselle kirjallisen suostumuksen siitä, että hänen valtuuttamansa henkilö voi käyttää eTerveyspalvelua hänen puolestaan. Puolesta asioiva voi olla myös ulkokuntalainen, jolloin hänen henkilötietonsa (nimi, henkilötunnus, osoite ja puhelinnumero) kirjataan Wiitaunionin terveyskeskuksen potilastietojärjestelmään.

Valtuutuksen tekeminen ja peruminen

Asiointioikeuden voi saada, kun molemmat osapuolet allekirjoittavat puolesta asioinnin valtuutuksen. Valtuutus palautetaan allekirjoitettuna Wiitaunionin terveyskeskuksen toimintayksikköön joko Pihitiputaan tai Viitasaaren terveysasemalle. Asiointioikeus merkitään potilastietojärjestelmään, jonka jälkeen puolesta asioinnin oikeus astuu voimaan. Ennen valtuutuksen tekoa potilaan/asiakkaan asioiden hoitaja antaa oman sähköisen asiointiin suostumuksensa joko terveydenhuollon yksikössä tai eTerveyspalvelun asiointiportaalissa.

Puolesta asioivan henkilön nimi ja henkilötunnus kirjataan asiakkaan perustietoihin osaksi Wiitaunionin terveyskeskuksen potilasrekisteriä. Puolesta asioiva käyttää omia henkilökohtaisia verkkopankkitunnuksiaan, mobiilivarmennettaan tai sähköistä henkilökorttiaan asioidessaan eTerveyspalvelussa toisen puolesta. Puolesta asioivalla tulee olla käytössään Internet-yhteys ja hänen on pidettävä yhteystietonsa ajan tasalla.

Suostumuksen voi peruuttaa tai sitä voi muuttaa milloin tahansa täyttämällä puolesta asiointiin muutos- tai peruutusilmoituksen ja toimittamalla sen Wiitaunionin terveyskeskuksen toimintayksikköön. Puolesta asiointiin valtuutus on voimassa siihen saakka, kunnes potilas/asiakas täyttää 18 vuotta, ellei valtuutukseen ole tehty muutoksia.

Valtuutus 12-18 vuotiaan puolesta asiointiin

Potilaan tai asiakkaan tiedot

Nimi:	Henkilötunnus:
-------	----------------

Potilaan/asiakkaan puolesta toimivan henkilön tiedot

Nimi:	Henkilötunnus:
	Puhelinnumero:

Suostumus on voimassa määräaikaisena, suostumus tarkistetaan vuosittain:

- saakka. Voimassaoloaika päättyy automaattisesti, kun potilas/asiakas täyttää 18 vuotta.

Aika ja paikka

Potilaan/asiakkaan allekirjoitus

Potilaan/asiakkaan nimen selvennys

Puolesta asioivan allekirjoitus

Puolesta asioivan nimen selvennys