

## SUOSTUMUS

puolesta asiointiin Espoon kaupungin terveystietopalvelujen sähköistä asiointia varten.

Potilaan/Asiakkaan nimi ja henkilötunnus:

**Yllämainitun henkilön** on palautettava lomake terveydenhuollon yksikköön henkilökohtaisesti!

Annan suostumukseni siihen, että nimeämäni henkilö voi hoitaa puolestani sähköistä asiointia Espoon terveyskeskuksessa. Tämä suostumus koskee seuraavia palveluita:

- Terveydenhuollon ajanvaraus (tämä mahdollistaa myös täyttämään tarvittavat esitiedot)
- Omaha- ja Terveyskansio (Terveystiedot ja viestintä henkilöstön kanssa)
- Tekstiviestimäistutus
- Esitiedot (sähköisesti välitettävät tiedot ja lomakkeet)

Olen nimennyt seuraavan henkilön toimimaan puolestani yllä mainituissa asioissa:  
Potilaan/asiakkaan puolesta toimivan henkilön nimi, henkilötunnus ja puhelinnumero

Suostumus on voimassa: (valitse toinen)

\_\_\_toistaiseksi (kahden vuoden ajan) \_\_\_määräaikaisena \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_saakka

Olen tietoinen siitä, että voin halutessani peruuttaa suostumuksen ilmoittamalla siitä kirjallisesti terveydenhuollon toimintayksikölle.

Olen tietoinen siitä, että suostumuksessa nimeämäni henkilö voi ajanvarauspalvelussa nähdä minua koskevat ajanvaraukset mukaan lukien ajanvarauksen syyn.

Olen tietoinen siitä, että antaessani Omaha- ja Terveyskansioa koskevan suostumukseni nimeämäni henkilö voi nähdä kaikki Espoon potilastietojärjestelmään kirjatut pysyvät diagnoosini, lääkitykseni, saamani rokotukset sekä hoitosuunnitelmani ja palvelun kautta kulkevat viestit ja laboratoriotulokset.

Suostumuksen tiedot tallennetaan terveyskeskuksen potilasrekisteriin.

Paikka ja aika \_\_\_\_\_ Suostumuksen antajan allekirjoitus ja nimenselvitys sekä  
puhelinnumero \_\_\_\_\_

Yllämainitun henkilön on palautettava lomake terveydenhuollon yksikköön henkilökohtaisesti!