



SUOSTUMUKSEN PERUUTTAMINEN

Peruutan aiemmin antamani luvan terveydenhuollon asiointiin hoitamista varten.

Potilaan/Asiakkaan nimi ja henkilötunnus:

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

- Terveydenhuollon ajanvaraus (sis. Esitiedot ja matkailijarokotuksen)
- Omahoito ja Terveyskansio
- Tekstiviestimuistutus
- Esitiedot

Peruutan seuraavan henkilön luvan toimia puolestani yllä mainituissa asioissa:

Potilaan/asiakkaan puolesta toimivan henkilön nimi, henkilötunnus ja puhelinnumero

Peruutuksen tiedot tallennetaan terveyskeskuksen potilasrekisteriin.

Paikka ja aika

Peruutuksen tekijän allekirjoitus ja nimenselvennys sekä puhelinnumero

--	--