

VALTAKIRJA ASIOINTIIN PUOLESTANI

PK TERVEYDESSÄ (Pohjois-Karjalan terveysterveyspalvelut Oy)

Tällä valtakirjalla vähintään 18-vuotias oikeustoimikelpoinen* henkilö voi antaa toiselle vähintään 18-vuotiaalle oikeustoimikelpoiselle henkilölle oikeuden hoitaa asioita puolestaan PK Terveydessä.

*Oikeustoimikelpoisella tarkoitetaan sitä, että henkilö on kyvykäs tekemään sitovia oikeustoimia, kuten antamaan valtuutuksen. Oikeustoimikelpoisuutta voidaan rajoittaa esim. edunvalvojan määräämisen yhteydessä.

Valtuuttaja (valtuuttaja täyttää)

Etu- ja sukunimi: _____

Henkilötunnus: _____

Osoite: _____

Puhelinnumero: _____

Valtuutettu (valtuutettu täyttää)

Etu- ja sukunimi: _____

Henkilötunnus: _____

Osoite: _____

Puhelinnumero: _____

Valtuutuksen laajuus (valtuuttaja täyttää)

Annan tällä valtakirjalla suostumukseni siihen, että yllä mainittu valtuutettu saa hoitaa asiointia puolestani Pohjois-Karjalan terveystalot Oy:ssä seuraavilta osin:

voi saada tietoa ajanvarauksistani ja tehdä niihin muutoksia

seuraavin mahdollisin tarkennuksin (kirjoita tähän, jos haluat valtakirjan koskevan vain tiettyä sairautta, tapaturmaa, ajanjaksoa, käyntipäivämäärää, lääkäriä tai Terveystalon toimipistettä):

saa tiedustella laboratoriovastauksiani

seuraavin mahdollisin tarkennuksin (kirjoita tähän, jos haluat valtakirjan koskevan vain tiettyä tutkimusta, ajanjaksoa, käyntipäivämäärää tai Terveystalon toimipistettä):

voi saada tietoa resepteistäni, uusia niitä tai tehdä reseptien mitätöintipyyntöjä

seuraavin mahdollisin tarkennuksin (kirjoita tähän, jos haluat valtakirjan koskevan vain tiettyä reseptiä, lääkäriä, ajanjaksoa tai käyntipäivämäärää):

saa pyytää ja noutaa potilasasiakirjojani

voi hoitaa maksamiseen ja laskuihini liittyviä asioita

Ymmärrän, että valtuutetulla on asioideni hoitamiseksi oikeus saada minusta muutoin salassa pidettäviä tietoja (esim. tietoja ajanvarauksistani ja terveydentilastani).

Voimassaolo (valtuuttaja täyttää)

Valtakirja on voimassa määräaikaisena ____ / ____ .20____ saakka (kuitenkin enintään 2 vuoden ajan).

Olen tietoinen siitä, että voin milloin tahansa peruuttaa tämän valtuutuksen ja sen sisältämän suostumuksen ilmoittamalla siitä kirjallisesti PK Terveyden toimipisteeseen.

Samalla peruutan kaikki aikaisemmin asiointiin puolestani antamani valtakirjat (valtuuttaja täyttää)

Valtuuttajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Paikka: _____

Päiväys: _____

Valtuutetun allekirjoitus ja nimenselvennys

Paikka: _____

Päiväys: _____

Valtuuttajan on palautettava valtakirja henkilökohtaisesti PK Terveyden toimipisteeseen.

Poikkeustapauksessa myös valtuutettu voi palauttaa valtakirjan, mutta tällöin valtakirjan tulee olla kahden vähintään 18-vuotiaan esteettömän todistajan oikeaksi todistama.

Todistajat (täytetään vain, jos valtuuttaja ei pääse toimipisteeseen todistamaan henkilöllisyyttään)

Todistamme, että valtuuttaja on läsnä ollessamme allekirjoittanut tämän valtakirjan omasta vapaasta tahdostaan ja asian merkityksen ymmärtäen.

Allekirjoitus ja nimenselvennys /pvm

Allekirjoitus ja nimenselvennys/pvm

Valtakirjan palauttajan henkilöllisyys todennetaan palautuksen yhteydessä virallisesta henkilöllisyysasiakirjasta (ks. alla). Valtuutetun henkilöllisyys todennetaan valtakirjan käyttämisen yhteydessä.

Valtakirjan vastaanottaminen (PK Terveys täyttää)

Valtakirjan palautti

valtuuttaja (valtakirjan antaja)

valtuutettu

Valtakirjan palauttajan henkilöllisyys on varmistettu virallisesta henkilöllisyysasiakirjasta:

Passi (voimassa oleva)

Virallinen, kuvallinen henkilökortti (Suomen poliisin myöntämä)

Muualla ETA-alueella (Euroopan Talousalue, San Marino ja Sveitsi) myönnetty henkilökortti

Ajokortti (Suomen viranomaisen myöntämä)

Päiväys: _____

Valtakirjan vastaanottajan nimi: _____

Valtakirjan vastaanottajan toimipiste: _____

Valtakirja tallennetaan Pohjois-Karjalan terveystalut Oy:n asiakasrekisteriin.