

## **Valtuutus 12–18 vuotiaan puolesta asiointiin**

Puolesta asioiva saa oikeuden SoTe kuntayhtymä/Perusturvaliikelaitos Saarikan tarjoamaan eTerveyspalveluun, johon kuuluvat ajanvarauspalvelu, viestipalvelu, tekstiviestipalvelu ja lomakepalvelu.

### **Puolesta asiointiin edellytykset**

Puolesta asiointi edellyttää, että potilas tai asiakas on nimennyt yli 18 vuotta täyttäneen henkilön ja antanut SoTe kuntayhtymä/Perusturvaliikelaitos Saarikalle kirjallisen suostumuksen siitä, että hänen valtuuttamansa henkilö käyttää sähköistä eTerveyspalvelua hänen puolestaan.

Puolesta-asioiva voi olla myös ulkokuntalainen, jolloin hänen henkilötiedot (nimi, henkilötunnus, osoitetiedot ja puhelinnumero) kirjataan SoTe kuntayhtymä/Perusturvaliikelaitos Saarikan potilastietojärjestelmään.

### **Suostumuksen tekeminen ja oikeuden peruminen**

Asiointioikeuden voi saada, kun molemmat osapuolet allekirjoittavat puolesta asiointiin suostumuksen. Puolesta asiointiin suostumus palautetaan allekirjoitettuna SoTe kuntayhtymä/Perusturvaliikelaitos Saarikan terveydenhuollon toimintayksikköön. Asiointioikeus merkitään potilastietojärjestelmään, jonka jälkeen puolesta asiointiin oikeus astuu voimaan.

Asiakkaan tai potilaan asioiden hoitaja tekee oman sähköisen asiointiin suostumuksen. Suostumus voidaan tehdä SoTe kuntayhtymä/Perusturvaliikelaitos Saarikan Internet- sivun kautta eTerveyspalveluosiossa tai terveydenhuollon yksikössä.

Suostumuksen voi myös peruuttaa milloin tahansa täyttämällä ja toimittamalla puolesta asiointiin muutos- tai peruutusilmoituksen SoTe kuntayhtymä/Perusturvaliikelaitos Saarikan terveydenhuollon toimintayksikölle. Puolesta asiointiin suostumus on uusittava vuosittain.

Sähköistä asiointia hoitavalla puolesta asioivalla eli potilaan/asiakkaan valtuuttamalla henkilöllä on oltava käytössä Internet-yhteys sekä henkilökohtaiset verkkopankkitunnukset.

Puolesta asioivan nimi ja henkilötunnus kirjataan asiakkaan asiakastietoihin osaksi SoTe kuntayhtymä/Perusturvaliikelaitos Saarikan potilasrekisteriä. Puolesta asioiva käyttää asiakkaan puolesta eTerveyspalvelua omilla henkilökohtaisilla verkkopankkitunnuksillaan tai mobiilivarmenteella.

Puolesta asioitavan henkilön yhteystiedot on pidettävä ajan tasalla.

## Valtuutus 12–18 vuotiaan puolesta asiointiin

Potilaan tai asiakkaan nimi ja henkilötunnus

Nimi	Henkilötunnus
------	---------------

Potilaan tai asiakkaan puolesta toimivan henkilön nimi, henkilötunnus ja puhelinnumero

Nimi	Henkilötunnus
	Puhelinnumero

Suostumus on voimassa:

määräaikaisena \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ saakka (maksimissaan 1 vuosi, uusittava vuosittain).  
Voimassaoloaika päättyy automaattisesti, kun potilas/asiakas täyttää 18 vuotta.

Aika ja paikka

\_\_\_\_\_

Suostumuksen antajan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

Nimen selvennys

\_\_\_\_\_

Suostumuksen antajan puhelinnumero

\_\_\_\_\_