**VALTAKIRJA ASIOINTIIN PUOLESTANI TERVEYSTALOSSA**

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

*\*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 Suomen Terveystalo Oy:ssa 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 Terveystalon toimipisteeseen käyttäen esimerkiksi Terveystalon tähän tarkoittamaa lomaketta.

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

**Valtuuttajan allekirjoitus** **Valtuutetun allekirjoitus**

Paikka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Paikka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Päiväys: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Päiväys: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allekirjoitus ja nimenselvennys Allekirjoitus ja nimenselvennys

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Valtuuttajan on palautettava valtakirja henkilökohtaisesti Terveystalon 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** *(Terveystalo 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_