**FULLMAKT FÖR UTRÄTTANDE AV MINA ÄRENDEN HOS TERVEYSTALO**

*Med denna fullmakt kan en person som är minst 18 år och som har rättslig handlingsförmåga\* ge* *en annan person som är minst 18 år och som har rättslig handlingsförmåga fullmakt att sköta ärenden för honom eller henne hos Terveystalo.*

*\*Med rättslig handlingsförmåga avses att personen är förmögen att utföra bindande rättshandlingar såsom att ge någon fullmakt. Den rättsliga handlingsförmågan kan begränsas t.ex. i samband med förordnande av en intressebevakare.*

**Fullmaktsgivare** (*ifylls av fullmaktsgivaren*)

|  |
| --- |
| För- och efternamn: |
| Personbeteckning: |
| Adress: |
| Telefonnummer:  |

**Befullmäktigad** (*ifylls av den befullmäktigade*)

|  |
| --- |
| För- och efternamn: |
| Personbeteckning: |
| Adress: |
| Telefonnummer:  |

**Fullmaktens omfattning** (*ifylls av fullmaktsgivaren*)

Med denna fullmakt ger jag mitt samtycke till att ovan nämnda befullmäktigad får uträtta ärenden å mina vägnar hos Suomen Terveystalo Oy i följande avseenden:

[ ]  **kan få information om mina tidsbokningar och göra ändringar i dem**

med följande eventuella preciseringar *(skriv här, om du vill att fullmakten endast ska gälla en viss sjukdom, ett visst olycksfall, en viss tidsperiod, besöksdag, läkare eller Terveystalos serviceställe):*

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

[ ]  **får höra sig för om mina laboratoriesvar**

med följande eventuella preciseringar *(skriv här, om du vill att fullmakten endast ska gälla en viss undersökning, tidsperiod, besöksdag eller Terveystalos serviceställe):*

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

[ ]  **kan få information om mina recept, förnya eller ogiltigförklara recept**

med följande eventuella preciseringar *(skriv här, om du vill att fullmakten endast ska gälla ett visst recept, en viss läkare, tidsperiod eller besöksdag):*

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

☐ **får begära och hämta ut mina journalhandlingar**

[ ]  **får tillgång till mina inloggningsuppgifter till webbtjänsten (t.ex. Terveystalo-appen) där den befullmäktigade som mitt ombud kan sköta ärenden och se mina patientuppgifter (ovan nämnda eventuella preciseringar beaktas inte i webbtjänsten)**

[ ]  **kan sköta ärenden som gäller betalningar och mina fakturor**

Jag förstår att den befullmäktigade har rätt att få uppgifter om mig som vanligtvis är sekretessbelagda (t.ex. uppgifter om mina tidsbokningar och om mitt hälsotillstånd) för att kunna sköta mina ärenden.

**Giltighetstid** *(ifylls av fullmaktsgivaren)*

Fullmakten är tidsbunden och gäller till och med \_\_\_\_ /\_\_\_\_.20\_\_\_\_ (dock högst för 2 år).

Jag är medveten om att jag när som helst kan återkalla denna fullmakt och samtycket i den genom att meddela om det skriftligen till Terveystalos verksamhetsställe till exempel med Terveystalos blankett som är avsedd för detta.

[ ]  Samtidigt återkallar jag alla fullmakter för uträttande av mina ärenden som jag har gett tidigare *(ifylls av fullmaktsgivaren)*

**Fullmaktsgivarens underskrift Den befullmäktigades underskrift**

Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift och namnförtydligande Underskrift och namnförtydligande

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

*Fullmaktsgivaren ska lämna in fullmakten personligen till Terveystalos verksamhetsställe. I undantagsfall kan även den befullmäktigade lämna in fullmakten, men i så fall måste fullmakten bestyrkas av två ojäviga vittnen som är minst 18 år.*

**Vittnen** *(ifylls endast om fullmaktsgivaren inte kan komma till verksamhetsstället för att styrka sin identitet)*

Vi intygar att fullmaktsgivaren har undertecknat denna fullmakt i vår närvaro av egen fri vilja och har förstått ärendets betydelse.

Underskrift och namnförtydligande /datum Underskrift och namnförtydligande/datum

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *Den som lämnar in fullmakten ska kunna styrka sin identitet med en officiell identitetshandling (se nedan). Den befullmäktigades identitet kontrolleras i samband med att fullmakten används.*

**Mottagande av fullmakt** *(ifylls av Terveystalo)*

Fullmakten lämnades in av

[ ]  fullmaktsgivaren

[ ]  den befullmäktigade

Identiteten för personen som lämnade in fullmakten har bekräftats från en officiell identitetshandling:

[ ]  **Pass** (giltigt)

[ ]  **Officiellt, bildförsett identitetsbevis** (utfärdat av polisen i Finland)

[ ]  Identitetsbevis som utfärdats inom EES-området (Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, San Marino och Schweiz)

[ ]  **Körkort** (beviljat av myndighet i Finland)

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fullmaktsmottagarens namn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fullmaktsmottagarens verksamhetsställe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_