

PUOLESTA ASIOINNIN SUOSTUMUKSEN PERUUTTAMINEN

Peruutan aiemmin antamani luvan terveydenhuollon asiointiin hoitamista varten.

Asiakkaan /luvan antajan tiedot

| | |
|------------------------------|---------------|
| Etunimet ja sukunimi | Henkilötunnus |
| Osoite | |
| Postinumero ja – toimipaikka | Puhelinnumero |

Peruutan suostumukseni siihen, että nimeämäni henkilö voi hoitaa puolestani asiointia Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymässä. Tämä peruutus koskee seuraavia palveluita:

- Puolesta - asiointi
- eAjanvaraus/Sähköinen puolesta-asiointi
- eOmahoito/Sähköinen puolesta-asiointi

Peruutan seuraavan henkilön luvan toimia puolestani yllä mainituissa asioissa:

| | |
|------------------------------|---------------|
| Etunimet ja sukunimi | Henkilötunnus |
| Osoite | |
| Postinumero ja – toimipaikka | Puhelinnumero |

| |
|----------------|
| Paikka ja aika |
|----------------|

Peruutuksen tekijän allekirjoitus

| |
|---------------------------------|
| Allekirjoitus ja nimenselvennys |
|---------------------------------|

Peruutuksen tiedot tallennetaan terveyskeskuksen potilasrekisteriin.

Allekirjoitettu lomake toimitetaan henkilökohtaisesti Riihimäen seudun terveydenhuollon toimipisteeseen (esim. terveysasemalle, neuvolaan, koulu- tai opiskelijaterveydenhoitajalle, hammashoitolaan), jossa suostumuksen peruutus kirjataan potilastietojärjestelmään.