

Valtuutus 12–18 vuotiaan puolesta asiointiin

Puolesta asioiva saa oikeuden Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän 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 Ylä-Savon SOTE kuntayhtymälle 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 Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän potilastietojärjestelmään.

Suostumuksen tekeminen ja oikeuden peruminen

Asiointioikeuden voi saada, kun molemmat osapuolet allekirjoittavat puolesta asiointiin suostumuksen. Puolesta asiointiin suostumus palautetaan allekirjoitettuna Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän terveydenhuollon toimintayksiköön. Asiointioikeus merkitään potilastietojärjestelmään, jonka jälkeen puolesta asiointiin oikeus astuu voimaan.

Asiakkaan tai potilaan asioiden hoitaja tekee oman sähköisen asiointiin suostumuksen. Suostumus voidaan tehdä Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän Internet- sivun kautta eTerveyspalveluosiossa tai terveydenhuollon yksikössä.

Suostumuksen voi myös peruuttaa milloin tahansa täyttämällä ja toimittamalla puolesta asiointiin muutos- tai peruutusilmoituksen Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän terveydenhuollon toimintayksikölle. Puolesta asiointiin suostumus on uusittava vuosittain.

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

Puolesta asioivan nimi ja henkilötunnus kirjataan asiakkaan asiakastietoihin osaksi Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän 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
