

Valtakirja asiointiin puolestani Työplussassa

Valtakirjan antaja:

Henkilötunnus:

Valtuutettu:

Henkilötunnus:

Valtuutuksen laajuus (valtakirjan antaja täyttää):

☐ Voi saada tietoa ajanvarauksistani ja tehdä niihin muutoksia

Seuraavin mahdollisin tarkennuksin (*kirjoita tähän, jos haluat valtakirjan koskevan vain tiettyä sairautta, tapaturmaa, ajanjaksoa, käyntipäivämäärää, ammattihenkilöä/asiantuntijaa tai Työplussan toimipistettä*):

☐ Saa tiedustella laboratoriovastauksiani

Seuraavin mahdollisin tarkennuksin (*kirjoita tähän, jos haluat valtakirjan koskevan vain tiettyä tutkimusta, ajanjaksoa, käyntipäivämäärää tai Työplussan 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 maksemiseen tai laskuihini liittyviä asioita

Ymmärrän, että valtuutetulla on asioiden hoitamiseksi oikeus saada minusta muutoin salassa pidettäviä tietoja (esim. tietoja ajanvarauksistani ja terveydentilastani).

Päiväys: ____ / ____ 20____

Valtakirjan antajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Työplus täyttää:

☐ Valtuutetun henkilöllisyys on varmistettu virallisesta henkilöllisyysasiakirjasta.

Päiväys: ____ / ____ 20____

Valtakirjan vastaanottajan nimi

Valtakirjan vastaanottajan toimipiste

Valtakirja tallennetaan Työplussan potilasarkistoon.

Fullmakt för ärenden på mina vägnar vid Työplus

Fullmaktens givare:

Personbeteckning:

Fullmaktens mottagare:

Personbeteckning:

Fullmaktens omfattning (fullmaktens givare fyller i):

- ☐ Kan få information om mina bokningar och göra ändringar i dem

Med följande eventuella förtydliganden (skriv här om du vill att fullmakten ska gälla endast en viss sjukdom, undersökning, olycka, tidsperiod, besöksdatum, yrkespersonen/expert inom företagshälsovård eller Työplus' verksamhetsställe):

- ☐ Får fråga om mina laboratorieresultat

Med följande eventuella förtydliganden (skriv här om du vill att fullmakten endast ska gälla en viss undersökning, tidsperiod, besöksdatum eller Työplus' verksamhetsställe):

- ☐ Kan få information om mina recept, förnya dem eller göra begäran om annullering av recept

Med följande eventuella förtydliganden (skriv här om du vill att fullmakten endast ska gälla ett visst recept, läkare, tidsperiod eller besöksdatum):

- ☐ Får begära och hämta mina patientjournaler

- ☐ Kan sköta mina betalnings- och faktureringsärenden

Jag förstår att fullmaktens mottagare har rätt att få annars sekretessbelagda uppgifter om mig (t.ex. uppgifter om mina tidsbokningar och hälsotillstånd) för att sköta ärendena.

Datum: ____ / ____ 20____

Fullmaktgivarens underskrift och namnförtydligande

Työplus fyller i:

- ☐ Den befullmäktigads identitet har verifierats med en officiell identitetshandling.

Datum: ____ / ____ 20____

Namn på fullmaktens mottagare

Verksamhetsställe som tar emot fullmakten

Fullmakten arkiveras i Työplus' patientarkiv.