Valtakirja puolesta asiointiin

Tämä valtakirjapohja on tarkoitettu käytettäväksi, kun asiakas tai potilas haluaa valtuuttaa toisen henkilön asioimaan puolestaan Kanta-Hämeen hyvinvointialueen (Oma Häme) palveluissa. Lue ja täytä lomake kokonaisuudessaan huolellisesti.

Valtakirjan antaja (se henkilö, joka valtuuttaa toisen henkilön asioimaan puolestaan)

Nimi	Henkilötunnus
Katuosoite	Postinumero ja postitoimipaikka
Sähköpostiosoite	Puhelinnumero

Valtuutettu (se henkilö, jolle valtuutus annetaan)

Nimi	Henkilötunnus
Katuosoite	Postinumero ja postitoimipaikka
Sähköpostiosoite	Puhelinnumero

Valtuutuksen sisältö

☐ YLEISVALTUUTUS SOSIAALIHUOLLON ASIOIDEN HOITOON
Valtuuttamani henkilö voi hoitaa asioitani **sosiaalihuollon** palveluissa puolestani samassa laajuudessa kuin minä itse ja hän saa asioitani hoitaessaan samat tiedot sosiaalihuollon rekistereistä kuin minä itse.

☐ YLEISVALTUUTUS TERVEYDENHUOLLON ASIOIDEN HOITOON
Valtuuttamani henkilö voi hoitaa asioitani **terveydenhuollon** palveluissa puolestani samassa laajuudessa kuin minä itse ja hän saa asioitani hoitaessaan samat tiedot terveydenhuollon rekistereistä kuin minä itse.

☐ YLEISVALTUUTUS PELASTUSLAITOKSEN ASIOIDEN HOITOON
Valtuuttamani henkilö voi hoitaa asioitani **pelastuslaitoksen** palveluissa puolestani samassa laajuudessa kuin minä itse ja hän saa asioitani hoitaessaan samat tiedot pelastuslaitoksen rekistereistä kuin minä itse.

☐ YKSILÖITY VALTUUTUS TIETTYIHIN TOIMIIN:
Valtuuttamani henkilö voi hoitaa vain seuraavia sosiaalihuollon, terveydenhuollon tai pelastuslaitoksen palveluita puolestani ja hän saa asioitani hoitaessaan samat tiedot hoidettavan palvelun rekisteristä kuin minä itse. (Yksilöi valtuutuksen kohde tarkasti esim. vain suun terveydenhuollon asiointi.):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

TIETOJEN KÄSITTELYYN LIITTYVÄ VALTUUTUS
Valtuuttamani henkilö voi käyttää seuraavia henkilötietoihini liittyviä oikeuksia puolestani samassa laajuudessa kuin minä itse (muista täyttää myös tietopyyntölomake)

- ☐ sosiaalihuollon asiakastietojen tarkastus
- ☐ sosiaalihuollon asiakastietojen oikaisu
- ☐ potilastietojen tarkastus
- ☐ potilastietojen oikaisu
- ☐ lokitietojen tarkastus
- ☐ selvitys asiakas- ja potilastietojeni käsittelystä
- ☐ Muu, mikä _____

_____

_____

Valtakirjan voimassaolo

☐ Voimassa 3 vuoden ajan, alkaen _____

☐ Voimassa seuraavan määräajan: _____-_____
(valtakirja voi olla voimassa enintään 3 vuoden ajan)

HUOM: Valtakirja voi oikeusturvasyistä olla voimassa enintään 3 vuoden ajan. Valtakirjan antaja vastaa itse valtakirjan mahdollisesta uusimisesta. Valtakirjan antaja voi koska tahansa peruuttaa valtakirjan.

Lisätietoja

Tähän merkitään kaikki lisätiedot, jotka saattavat vaikuttaa valtakirjan käyttämiseen. Myös tieto esimerkiksi mahdollisista muista valtakirjoista merkitään tähän.

_____

_____

_____

_____

Ohjeita / huomioita lomakkeen täyttäjälle

Valtakirja toimitetaan/esitetään toimivaltaiselle viranhaltijalle tai työntekijälle, joka hoitaa asiakkaan asioita. Huom! Hyvinvointialueen palveluihin voi sisältyä työskentelyä, joka on mahdollista vain henkilökohtaisesti, ei valtuutetun välityksellä. Toimivaltaisen viranhaltijan tai työntekijän antamia ohjeita asiointia koskien on noudatettava.

Valtuuttajan tulee ymmärtää valtakirjan merkitys ja hänen on oltava oikeustoimikelpoinen allekirjoittamaan valtakirja. Hyvinvointialue voi pyytää näistä seikoista lisäselvitystä ja esimerkiksi edellyttää lääkärinlausunnon antamista valtuuttajan kelpoisuudesta.

Paikka, aika ja allekirjoitukset

Paikka	Aika _____/_____ 20_____

Valtuuttajan allekirjoitus

_____

Nimenselvennös:

_____