

Valtuutus alle 12 – vuotiaan puolesta asiointiin

Alle 12-vuotiaan lapsen virallisella huoltajalla/edustajalla on mahdollisuus käyttää Kuopion perusturvan ja terveydenhuollon sähköistä asiointipalvelua, eTerveyspalvelut, lapsensa puolesta hänen terveyttä koskevissa asioissa. Sähköistä asiointia ei ole tarkoitettu kiireellisten asioiden hoitoon.

Alle 12-vuotiaiden lasten puolesta asiointi edellyttää kirjallista valtuutusta ja sen kirjaamista Kuopion perusturvan ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojärjestelmään. Lisäksi virallisen huoltajan/edustajan tulee tehdä henkilökohtainen sähköisen asiointiin suostumus ennen sähköisen asiointipalvelun käyttöä. Suostumuksen voi tehdä Kuopion kaupungin internet- sivun kautta eTerveyspalveluosiossa.

Puolesta asioivan nimi ja henkilötunnus kirjataan puolesta asioitavan asiakkaan potilastietoihin osaksi Kuopion kaupungin perusturvan ja terveydenhuollon palvelualueiden potilasrekisteriä.

Puolesta asioija käyttää asiakkaan puolesta sähköisiä palveluja omilla henkilökohtaisilla verkkopankkitunnuksillaan tai mobiilivarmenteella.

Palauta/Palauttakaa tämä lomake allekirjoitettuna neuvolaan. Huoltaja/huoltajat ovat velvollisia ilmoittamaan kaikista asiointiin liittyvistä muutoksista. Muutokset ja irtisanominen tehdään puolesta asiointiin muutos- ja päättämislomakkeella.

Tämä suostumus päättyy automaattisesti lapsen täyttäessä 12 vuotta.

Huoltajuus

yhteishuoltajuus

yksinhuoltajuus

1. Huoltajan nimi	Henkilötunnus	Puhelinnumero
2. Huoltajan nimi	Henkilötunnus	Puhelinnumero

Huollettavien tiedot

Täytä alla oleviin kohtiin niiden alle 12-vuotiaiden huollettavien tiedot, joiden puolesta haluat tehdä puolesta asiointiin valtuutuksen. Yhteishuoltajuudessa toisen vanhemmat allekirjoitus riittää molempien vanhempien valtuutukseen.

Huollettavien määrä

1. Huollettavan nimi	Henkilötunnus
2. Huollettavan nimi	Henkilötunnus
3. Huollettavan nimi	Henkilötunnus
4. Huollettavan nimi	Henkilötunnus
5. Huollettavan nimi	Henkilötunnus
6. Huollettavan nimi	Henkilötunnus

Olen tutustunut Kuopion perusturvan ja terveydenhuollon sähköisen asiointipalvelun käyttöehtoihin ja sitoudun noudattamaan niitä.

Aika ja paikka

Huoltajan allekirjoitus

Huoltajan allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys