

Fullmakt för uträttande av ärenden för en annan person i Mehiläinen

Fullmaktsgivarens uppgifter

Förnamn och efternamn

Personbeteckning

Fullmaktshavarens uppgifter

Förnamn och efternamn

Personbeteckning

Adress

Postnummer och postanstalt

Telefonnummer

Fullmaktens omfattning

Jag ger ovan angiven fullmaktshavare fullmakt att uträtta mina ärenden i de företag som hör till Mehiläinen-koncernen och att ovan angiven fullmaktshavare får för mig uträtta:

Tidsbeställning (bokning, avbokning och förfrågningar gällande tidsbeställningar)

Beställning av patientjournaler

Avhämtning av hälsorelaterade patientjournaler (t.ex. laboratoriesvar),
vad _____

Fullmaktens begränsningar (anteckna de ärenden som fullmakten inte omfattar t.ex. sjukdom/olycka/tidsperiod eller ange endast de ärenden som fullmakten omfattar).

FULLMAKT

Fullmaktens giltighetstid

Tills vidare (under två års tid)

Tillfälligt, från och med ____/____/20____ till och med ____/____/20____

Jag är medveten om att jag kan återkalla fullmakten genom att lämna en skriftlig anmälan till Mehiläinens läkarcentral.

Fullmakten sparas i Mehiläinens patientregister.

Fullmakten bör inlämnas personligen av fullmaktsgivaren eller fullmaktshavaren till Mehiläinens enhet. Om fullmakten inlämnas av fullmaktshavaren bör fullmakten bevittnas av två vittnen. I samband med inlämningen kontrolleras identiteten från pass, körkort eller bildförsett identitetskort.

Fullmaktsgivarens underskrift

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande

Todistajat

Vittne 1

Vittne 2

Underskrift och namnförtydligande

Underskrift och namnförtydligande

Mottagning av fullmakten

Mottagaren av fullmakten/enheten fyller i.
Fullmaktsgivaren/fullmaktshavaren bör visa en bildförsedd legitimation.

Legitimationsdokument:

Pass (som beviljats i en medlemsstat i Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EEs) eller en behörig myndighet i San Marino eller Schweiz)

Körkort (som beviljats av en myndighet i Finland)

Bildförsett identitetskort (som beviljats av polisen)

Ort och datum

Mottagare av fullmakt (namn)

Mottagare av fullmakt (enhet)

Fullmakten arkiveras i patientregistret enligt Mehiläinens anvisningar.