

AVTAL/SAMTYCKE OM ANVÄNDNING AV ELEKTRONISK ÄRENDEHANTERING

Elektronisk ärendehantering vid Grundtrygghetscentralen förutsätter att man tillsammans med patienten eller en person som företräder patienten, kommer överens om tjänsterna nedan som hör till den elektroniska ärendehantering. Avtalet mellan Grundtrygghetscentralen och patienten/den som sköter ärenden på patientens vägnar ingås när den elektroniska ärendehantering med en enhet vid hälso- och sjukvården inleds. Avtalet gäller hälso- och sjukvårdens samtliga verksamhetsenheter. Den elektroniska ärendehantering kan när som helst avbrytas. Detta görs genom underskrift under punkt 7 i detta avtal.

1. PATIENTUPPGIFTER

Namn	Personbeteckning	Mobiltelefonnummer
Giltighetstid för avtalet/godkännandet	<input type="checkbox"/> Tillsvidare <input type="checkbox"/> Tidsbegränsat till och med (datum)	

2. UPPGIFTER

Namn	Personbeteckning	Mobiltelefonnummer
Grund	<input type="checkbox"/> patienten är minderårig <input type="checkbox"/> patientens intressebevakare <input type="checkbox"/> fullmakt för att företräda patienten	
Giltighetstid för avtalet/godkännandet	<input type="checkbox"/> Tillsvidare <input type="checkbox"/> Tidsbegränsat till och med (datum)	

3. SMS (TILL MOBILTELEFON)

<input type="checkbox"/> Jag avslår <input type="checkbox"/> Jag godkänner
--

4. INFORMATIONSFÖRMEDLING TILL HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS MEDDELANDETJÄNST I e-TJÄNSTERNA

<input type="checkbox"/> Jag avslår <input type="checkbox"/> Jag godkänner
--

5. AUTOMATISKA MEDDELANDEN

<input type="checkbox"/> Jag vill få meddelanden om tidsbokningar per sms
<input type="checkbox"/> Jag vill få sms om att jag fått meddelanden i hälso- och sjukvårdens meddelandetjänst i e-tjänsterna

6. UNDERSKRIFT

PATIENTENS UNDERSKRIFT/ UNDERSKRIFT AV PERSON SOM FÖRETRÄDER PATIENTEN	Ort och datum
	Underskrift och namnförtydligande

7. SÄHKÖISEN ASIOINNIN KÄYTÖN LOPETUS

PATIENTENS UNDERSKRIFT/ UNDERSKRIFT AV PERSON SOM FÖRETRÄDER PATIENTEN	Ort och datum
	Underskrift och namnförtydligande

Ifylls av personalen

Hur har patientens/företrädarens identitet bekräftats? <input type="checkbox"/> Identitetsbevis <input type="checkbox"/> En bekant person
Den anställdas underskrift och namnförtydligande