

VALTAKIRJA PUOLESTA ASIOINTIIN ORTONISSA

Tällä valtakirjalla minä

Asiakkaan nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Osoite: _____

Puhelinnumero: _____

Valtuutetun nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Osoite: _____

Puhelinnumero: _____

Huoltaja __Edunvalvoja __ Lähiomainen__ Muu: _____
valtuutan hoitamaan terveydenhuollon asiointia puolestani Ortonilla.

Tämä valtakirja koskee seuraavia palveluita (yksilöi palvelut tarkasti):

Valtakirja on voimassa: (valitse toinen)
toistaiseksi _____
määräaikaisena _____ / _____ / _____ saakka.

Olen tietoinen siitä, että voin halutessani peruuttaa tämän valtakirjan ilmoittamalla siitä kirjallisesti Ortonille. Olen myös tietoinen siitä, että valtakirjassa nimeämäni henkilö voi ajanvarauksen yhteydessä kertoa potilastiedoiksi luokiteltavia tietoja, kuten ajanvarauksen syy ja kertoa esitietoja ajanvaraukseen liittyen.

Valtakirjan tiedot tallennetaan Orton Oy:n potilasrekisteriin.
Palauta valtakirja Ortonille. Ota mukaan kuvallinen henkilöllisyystodistus tai passi.

Paikka ja aika: _____

Valtakirjan antajan allekirjoitus: _____

Valtakirjan antajan nimenselvennys: _____
