

## VALTAKIRJA ASIAKKAAN PUOLESTA ASIOINTIA VARTEN

Valtakirjan voi antaa täysi-ikäinen, oikeustoimikelpoinen henkilö. Huoltajana toimimisen oikeutta ei voida siirtää tällä valtakirjalla.

Tällä valtakirjalla valtuuttaja vapaaehtoisesti sallii, että valtuutetulle luovutetaan valtakirjassa tarkemmin yksilöidyt asiakasasiakirjat- ja/tai tiedot ja/tai valtuutettu saa oikeudet hoitaa valtuuttajan asioita valtakirjassa määritellyiltä osin. Valtakirjan voi koska tahansa peruuttaa kirjallisella ilmoituksella.

### Valtuuttajan tiedot

|               |               |
|---------------|---------------|
| Sukunimi      | Etunimet      |
| Henkilötunnus | Puhelinnumero |

### Valtuutetun tiedot

|               |               |
|---------------|---------------|
| Sukunimi      | Etunimet      |
| Henkilötunnus | Puhelinnumero |
| Osoite        |               |

### Valtuutuksen laajuus

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Valtuuttamani henkilö voi hoitaa asioitani sosiaalihuollon palveluissa puolestani samassa laajuudessa kuin minä itse ja hän saa asioitani hoitaessaan samat tiedot sosiaalihuollon asiakasrekistereistä kuin minä itse.   |
| <input type="checkbox"/> | Valtuuttamani henkilö voi hoitaa asioitani terveydenhuollon palveluissa puolestani samassa laajuudessa kuin minä itse ja hän saa asioitani hoitaessaan samat tiedot potilasrekisteristä kuin minä itse.   |
| <input type="checkbox"/> | 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.  |
| <input type="checkbox"/> | 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.): |

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> sosiaalihuollon asiakastietojen tarkastus | <input type="checkbox"/> sosiaalihuollon asiakastietojen oikaisu            |
| <input type="checkbox"/> potilastietojen tarkastus                 | <input type="checkbox"/> potilastietojen oikaisu                            |
| <input type="checkbox"/> lokitietojen tarkastus                    | <input type="checkbox"/> selvitys asiakas- ja potilastietojeni käsittelystä |

Muu, mikä?

### Valtakirjan voimassaoloaika

Alkaen \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ Päättyy \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ (voimassaoloaika korkeintaan 1v)

### Päiväys ja valtuuttajan allekirjoitus

|   |  |
|---|--|
| Paikka ja aika<br>____ . ____ . 20 ____ | Valtuuttajan allekirjoitus ja nimenselvennys |
|---|--|

### Valtakirjan todistajat, jos et tuo valtakirjaa henkilökohtaisesti

|  |
|--|
| Valtakirjan todistajan allekirjoitus ja nimenselvennys, syntymäaika ja puhelinnumero |
| Valtakirjan todistajan allekirjoitus ja nimenselvennys, syntymäaika ja puhelinnumero |

### Lomake lähetetään täytettynä ja allekirjoitettuna osoitteeseen:

Päijät-Hämeen hyvinvointialue kirjaamo, Keskussairaalankatu 7, 15850 Lahti

tai

Turvasähköpostilla kirjaamoon <https://www.turvaposti.fi/vahvatunnistaminen/kirjaamo@pajjatha.fi>, lisää täytetty lomake liitteeksi.

tai

Suomi.fi/viestit-palvelun kautta <https://www.suomi.fi/viestit> > Valitse viestin vastaanottaja: Päijät Hämeen hyvinvointialue > Valitse palvelu tai asia: Kirjaamon viestintä > lisää täytetty lomake liitteeksi.