



Terveyskeskuksen sähköinen asiointi edellyttää potilaan/puolesta asioijan kanssa sopimista alla olevista sähköisen asioinnin palveluista. Terveyskeskuksen ja potilaan/puolesta asioijan välinen sopimus tehdään, kun sähköinen asiointi terveyskeskuksen kanssa aloitetaan. Sopimus koskee kaikkia terveyskeskuksen toimintayksiköitä. Sähköisen asioinnin voi milloin tahansa lopettaa ja lopettaminen tehdään allekirjoittamalla tämän sopimuksen kohta 7.

1. POTILAAN TIEDOT

Nimi	Henkilötunnus	Matkapuhelinnumero
Sopimuksen/suostumuksen voimassaoloaika	<input type="checkbox"/> Toistaiseksi <input type="checkbox"/> Määräaikaisena asti (pvm)	

2. PUOLESTA ASIOIJAN TIEDOT

Nimi	Henkilötunnus	Matkapuhelinnumero
Peruste <input type="checkbox"/> alaikäinen potilas <input type="checkbox"/> potilaan edunvalvoja		
Sopimuksen/suostumuksen voimassaoloaika	<input type="checkbox"/> Toistaiseksi <input type="checkbox"/> Määräaikaisena asti (pvm)	

Nimi	Henkilötunnus	Matkapuhelinnumero
Peruste <input type="checkbox"/> alaikäinen potilas <input type="checkbox"/> potilaan edunvalvoja		
Sopimuksen/suostumuksen voimassaoloaika	<input type="checkbox"/> Toistaiseksi <input type="checkbox"/> Määräaikaisena asti (pvm)	

3. TEKSTIVIESTIT (GSM-VIESTIT MATKAPUHELIMEEN)

<input type="checkbox"/> Kielletty	<input type="checkbox"/> Sallittu
------------------------------------	-----------------------------------

4. WEB-ASIOINTI (VIESTINVÄLITYS POTILAAN SÄHKÖISEN ASIOINNIN TILILLE)

<input type="checkbox"/> Kielletty	<input type="checkbox"/> Sallittu
------------------------------------	-----------------------------------

5. AUTOMAATTISET ILMOITUKSET

<input type="checkbox"/> En halua erillistä ilmoitusta matkapuhelimeen asiakastilille tulleista viesteistä. (Jos haluat jatkoa saada ajanvarauksista tekstiviestimuistutuksia, et voi valita tätä vaihtoehtoa.)
--

6. ALLEKIRJOITUS

POTILAAN/ PUOLESTA ASIOIJAN ALLEKIRJOITUS	Paikka ja aika
	Allekirjoitus ja nimenselvitys

7. SÄHKÖISEN ASIOINNIN KÄYTÖN LOPETUS

POTILAAN/ PUOLESTA ASIOIJAN ALLEKIRJOITUS	Paikka ja aika
	Allekirjoitus ja nimenselvitys

Henkilökunta täyttää

Miten potilaan henkilöllisyys on todettu?	<input type="checkbox"/> Henkilöllisyystodistus	<input type="checkbox"/> Henkilö tunnettu
Työntekijän allekirjoitus ja nimenselvitys		