



Elektronisk ärendehantering vid hälsövärdscentralen 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 hälsövärdscentralen och patienten, eller personen som företräder patienten, ingås genom att den elektroniska ärendehantering med hälsövärdscentralen inleds. Avtalet gäller alla verksamhetsenheter vid hälsövärdscentralen. Den elektroniska ärendehantering kan när som helst avbrytas. Detta görs genom underskrift under punkt 7 i detta avtal.

### 1. PATIENTUPPGIFTER

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

### 2. UPPGIFTER OM PERSONEN SOM FÖRETRÄDER PATIENTEN

Namn	Personbeteckning	Mobiltelefonnummer
Grund <input type="checkbox"/> Patienten är minderårig <input type="checkbox"/> Patientens företrädare	<input type="checkbox"/> Tillsvidare <input type="checkbox"/> Tidsbegränsat	till och med (datum)

Namn	Personbeteckning	Mobiltelefonnummer
Grund <input type="checkbox"/> Patienten är minderårig <input type="checkbox"/> Patientens företrädare	<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. ELEKTRONISK ÄRENDEHANTERING (MEDDELANDEFÖRMEDLING TILL PATIENTENS KONTO FÖR ELEKTRONISK ÄRENDEHANTERING)

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

### 5. AUTOMATISKA MEDDELANDEN

<input type="checkbox"/> Jag önskar inte få ett separat sms till mobiltelefonen om meddelanden som kommit till patientkontot. (Om du i fortsättningen vill få sms-påminnelser om bokade tider ska du inte kryssa för detta alternativ.)
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 6. UNDERSKRIFT

<b>PATIENTENS UNDERSKRIFT/ UNDERSKRIFT AV PERSONEN SOM FÖRETRÄDER PATIENTEN</b>	Ort och datum
	Underskrift och namnförtydligande



**7. AVSLUTANDE AV ELEKTRONISK ÄRENDEHANTERING**

<b>PATIENTENS UNDERSKRIFT/ UNDERSKRIFT AV PERSONEN SOM FÖRETRÄDER PATIENTEN</b>	Ort och datum
	Underskrift och namnförtydligande

**Ifylls av vårdgivaren**

Hur har patientens identitet bekräftats?	<input type="checkbox"/> Identitetsbevis	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom
Vårdgivarens underskrift och namnförtydligande		