

Sosiaali- ja terveystoimen sähköinen asiointi edellyttää potilaan/puolesta asioijan kanssa sopimista alla olevista sähköisen asioinnin palveluista. Sosiaali- ja terveystoimen ja potilaan/puolesta asioijan välinen sopimus tehdään, kun sähköinen asiointi terveydenhuollon yksikön kanssa aloitetaan. Sopimus koskee kaikkia terveydenhuollon 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 <input type="checkbox"/> puolesta asioinnin valtakirja	
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 <input type="checkbox"/> puolesta asioinnin valtakirja	
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. VIESTINVÄLITYS eASIOINNIN TERVEYDENHUOLLON VIESTIPALVELUUN

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

5. AUTOMAATTISET ILMOITUKSET

<input type="checkbox"/> Minulle voi lähettää tekstiviestinä ilmoituksia ajanvarauksista. <input type="checkbox"/> Minulle voi lähettää tekstiviestinä tiedon eAsioinnin terveydenhuollon viestipalveluun saapuneista viesteistä.
--

6. ALLEKIRJOITUS

POTILAAN/ PUOLESTA ASIOIJAN ALLEKIRJOITUS	Paikka ja aika
	Allekirjoitus ja nimenselvennys

7. SÄHKÖISEN ASIOINNIN KÄYTÖN LOPETUS

POTILAAN/ PUOLESTA ASIOIJAN ALLEKIRJOITUS	Paikka ja aika
	Allekirjoitus ja nimenselvennys

Henkilökunta täyttää

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