Helsingfors

Fullmakt för att sköta ärenden i Maisa

Social-, hälsovårds- och räddningssektorn

Rensa formuläret ☐

Med denna fullmakt kan en myndig person befullmäktiga en annan myndig person att för sin del uträtta ärenden i den elektroniska klientportalen Maisa, där social- och hälsovårdens klient- och patientdata bildar en helhet. Med myndig avses en person som har fyllt 18 år och som inte har förklarats omyndig genom domstolsbeslut. Fullmakten ger den utsedda personen rätt att för klientens räkning sköta ärenden i Maisa, både gällande socialvård och hälsovård. Med en fullmakt kan man befullmäktiga endast en person.

Uppgifter om klient

Efternamn
Förnamn
Personnummer
Telefonnummer

Jag utser följande person att sköta mina ärenden i Maisa:

Efternamn
Förnamn
Personnummer
E-postadress
Telefonnummer

Maisa-fullmaktens omfattning

Fulla rättigheter

Den person jag gett fullmakt åt har samma rättigheter som jag själv. Den befullmäktigade kan sköta ärenden i samma omfattning som jag och se samma information som jag i Helsingfors socialvårdsregister samt Helsingfors och HUS patientregister för hälsovården.

Tidsbokning och meddelanden

Den befullmäktigade kan boka tider för mig per telefon, avboka mina mottagningstider, skicka meddelande om mig till yrkespersoner inom social-och hälsovården. Jag ser inte nödvändigtvis alla meddelanden som den befullmäktigade skickar. Jag förstår att den befullmäktigade kan se mina bokningar och även orsaken till dessa. Den befullmäktigade kan ändå inte se mina övriga klient- och patientuppgifter.

Endast läsrättigheter

Med fullmakten kan man se alla mina klient- och patientuppgifter men inte skicka meddelanden eller blanketter åt yrkespersoner inom social- och hälsovården eller boka tid för min räkning.

Helsingfors

Fullmakt för att sköta ärenden i Maisa

Social-, hälsovårds- och räddningssektorn

Jag ger denna person följande rättigheter att sköta ärenden för mig i Maisa

☐ Fulla rättigheter

☐ Tidsbokning o. meddelanden

☐ Endast läsrättigheter

Jag är medveten om att jag kan återkalla fullmakten när jag vill genom att meddela detta åt en social- och hälsovårdsenhet, muntligt eller skriftligt.

Fullmaktens giltighetstid

☐ tills vidare

☐ tidsbestämt, fullmakten gäller fram till __.__._____

Plats och tid

Fullmaktsgivarens underskrift och namnförtydligande

OBS! Om den befullmäktigade inte är bosatt i Nyland ska dennas uppgifter från befolkningsdatasystemet (MDB) först sparas som Maisas bakgrundsinformation (i klient- och patientdatasystemet Apotti) innan personen kan ställas som befullmäktigad för Maisa.

Jag har förstått och med min signatur godkänt att mina uppgifter i befolkningsdatasystemet förs in som bakgrundsinformation i Maisa (Apotti).

Plats och tid

Fullmaktsinnehavarens underskrift och namnförtydligande

Mottagaren fyller i

Fullmakten har mottagits (datum) __.__._____

Vem lämnade in fullmakten ☐ fullmaktsgivaren ☐ befullmäktigad ☐ någon annan

Inlämnarens identitet har kontrollerats

☐ körkort ☐ ID ☐ pass ☐ annat, vad? _____

Om någon annan än fullmaktsgivaren har lämnat in fullmakten eller om den har postats ska fullmaktens riktighet kontrolleras av fullmaktsgivaren per telefon, eller senare på plats (datum)

__.__._____