

Elektronisk ärendehantering vid social- och hälsovårdssektorn 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 social- och hälsovårdssektorn och patienten/den som sköter ärenden på patientens vägnar ingås när den elektroniska ärendehantering med en enhet vid hälso- och sjukvården inleds. Avtalet gäller hälso- och sjukvårdens samtliga verksamhetsenheter. 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 intressebevakare <input type="checkbox"/> Fullmakt för att företräda patienten	
<b>Giltighetstid för avtalet/godkännandet</b>	<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 intressebevakare <input type="checkbox"/> Fullmakt för att företräda patienten	
<b>Giltighetstid för avtalet/godkännandet</b>	<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. INFORMATIONSFÖRMEDLING TILL HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS MEDDELANDETJÄNST I e-TJÄNSTERNA**

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

**5. AUTOMATISKA MEDDELANDEN**

<input type="checkbox"/> Jag vill få meddelanden om tidsbokningar per sms.
<input type="checkbox"/> Jag vill få sms om att jag fått meddelanden i hälso- och sjukvårdens meddelandetjänst i e-tjänsterna.

**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 personalen**

Hur har patientens/företrädarens identitet bekräftats?	<input type="checkbox"/> Identitetsbevis <input type="checkbox"/> En bekant person
Den anställdas underskrift och namnförtydligande	