

Med den här fullmakten kan en myndig person befullmäktiga en annan myndig person att uträtta ärenden för sin del inom social- och hälsovården inklusive e-tjänster. Maisa är en kundportal där uppgifterna för social- och hälsovårdens klienter och patienter är en helhet. För att uträtta ärenden elektroniskt för någon annan krävs en fullmakt för både social- och hälsovården, även om du utträttar ärenden i endast den ena av dem. Med en fullmakt kan du befullmäktiga en person.

Klientens efternamn	Förnamn	Personbeteckning
Telefonnummer		

Jag utnämner följande person att uträtta ärenden för mig:

Efternamn	Förnamn	Personbeteckning
E-postadress		Telefonnummer
Motivering: <input type="checkbox"/> fullmakt för ärendehantering å andras vägnar <input type="checkbox"/> patientens intressebevakare		

Omfattningen av Maisa-fullmakten

Fullständiga rättigheter:

Den person som jag har befullmäktigat får uträtta ärenden å mina vägnar i samma omfattning som jag själv, och hen ser samma uppgifter som jag ser i klientregistret för Helsingfors socialvård, patientregistret för Helsingfors hälsovård och HUS patientregister.

Tidsbokning och meddelanden:

Den person som jag har befullmäktigat får boka tider och avboka tider för mig, skicka meddelanden gällande mig till vårdpersonal eller fylla i blanketter för min del. Jag ser inte nödvändigtvis själv alla meddelanden som den befullmäktigade har skickat. Jag är medveten om att den person som jag har befullmäktigat kan se information om mina tidsbokningar inklusive orsak till tidsbokning. Den befullmäktigade kan dock inte granska mina övriga klient- och patientuppgifter.

Endast läsåtkomst:

Den person som jag har befullmäktigat kan granska alla mina klient- och patientuppgifter, men kan inte skicka meddelanden eller blanketter till vårdpersonal eller reservera tider för min del.

Jag beviljar ovannämnda person rättigheter att uträtta ärenden för min del i Maisa i följande omfattning:

- Fullständiga rättigheter
 Tidsbokning och meddelanden
 Endast läsåtkomst

Vem skickade in fullmakten <input type="checkbox"/> Fullmaktsgivaren <input type="checkbox"/> Den befullmäktigade
Identitet kontrollerad <input type="checkbox"/> Körkort <input type="checkbox"/> Identitetskort <input type="checkbox"/> Officiellt pass <input type="checkbox"/> Annat, vad?

Jag är medveten om att jag vid behov kan återkalla fullmakten till exempel genom att skriftligen meddela en verksamhetsenhet inom social- och hälsovården. Fullmakten behandlas inom sju vardagar.

Ort och datum	Fullmaktsgivarens underskrift och namnförtydligande
---------------	---

Om den befullmäktigade inte bor i Nyland ska de uppgifter om hen som finns i informationssystemet för Myndigheten för digitalisering och befolkningsdata först öppnas i Maisas underliggande system (klient- och patientdatasystemet Apotti), innan hen kan befullmäktigas i systemet.

Jag har förstått och med min underskrift godkänt att de uppgifter som finns om mig i informationssystemet för Myndigheten för digitalisering och befolkningsdata öppnas i Maisas underliggande system (Apotti).

Ort och datum	Den befullmäktigades underskrift och namnförtydligande
---------------	--