



Terveyspalvelut

___ / ___ 20___
Saapunut toimipisteeseen

Tällä valtakirjalla minä

Asiakkaan nimi

Henkilötunnus

valtuutan

Valtuutetun nimi

Henkilötunnus

hoitamaan sosiaali- ja terveydenhuollon asioitani Turun kaupungin terveysasemilla ja terveyspalvelupisteissä.

Paikka ja aika

___ / ___ 20___

Allekirjoitus

Nimenselvennys

Valtuutetun ei ole tämän valtakirjan perusteella mahdollista pyytää nähtäväkseen asiakkaasta tehtyjä potilasasiakirjamerkintöjä.

Palauta valtakirja valitsemasi terveysaseman tai lähipalvelupisteen toimistoon. Ota mukaan kuvallinen henkilöllisyystodistus tai passi.

Jos valtuutettu palauttaa valtakirjan asiakkaan puolesta, valtakirjalle tarvitaan kaksi täysi-ikäistä, esteetöntä todistajaa.

Todistamme, että _____ on läsnä ollessamme allekirjoittanut omasta
Asiakkaan nimi
vapaasta tahdostaan ja asian merkityksen ymmärtäen tämän valtakirjan.

Paikka ja aika

___ / ___ 20___

Allekirjoitus

Allekirjoitus

Nimenselvennys

Nimenselvennys