Egentliga Finlands välfärdsområde
Hälsotjänster

Töm formulären

# Fullmakt att sköta ärenden för en annan person inom hälsovården

Med blanketten kan du befullmäktiga en annan person att sköta dina ärenden inom hälsovården. Hälsovården omfattar alla hälsotjänster i Varha.

**Fullmakten kan beviljas av en myndig person som har rättshandlingsförmåga.**

Ifall personen är oförmögen att förstå fullmaktens betydelse ska man kontakta Myndigheten för digitalisering och befolkningsdata för att utse en intressebevakare.

**(Uppgifterna som har markerats med en stjärna * är obligatoriska.)**

## 1. Fullmaktsgivarens uppgifter

Personbeteckning: *

Efternamn och alla förnamn: *

Gatuadress: *

Postnummer och postanstalt: *

Hemkommun: *

Telefonnummer: *

## 2. Fullmaktens omfattning och innehåll

Den här fullmakten gäller följande tjänster och innehåll inom hälsovården (specificera fullmaktens omfattning och innehåll genom att noggrant kryssa i).

☐ Fullständigt befullmäktigande: Personen jag befullmäktigar kan sköta ärenden i samma omfattning inom hälsovårdens tjänster som jag själv.

☐ Tidsbokning

☐ Kundavgifter

☐ Annat, vad? _____

## 3. Begränsningar i fullmakten

Denna fullmakt gäller inte följande tjänster och innehåll inom hälsovården (specificera fullmaktens omfattning och innehåll noggrant):

## 4. Fullmaktens giltighetstid

☐ Fullmakten är i kraft tills vidare fr.o.m. _____

☐ Fullmakten är i kraft _____ - _____

## 5. Fullmaktshavarens uppgifter

Personbeteckning: *

Efternamn och alla förnamn: *

Gatuadress: *

Postnummer och postanstalt: *

Telefonnummer: *

## 6. Datum och underskrift

Datum: *

Fullmaktsgivarens underskrift och namnförtydligande: *

## 7. Inlämnande av fullmakten

Fullmakten lämnas personligen eller av en annan person in till ett verksamhetsställe inom hälsovården. Blanketten kan även skickas via posten till den egna hälsostationen eller skickas via Varha-applikationen.

Ifall fullmaktsgivaren inte personligen lämnar in fullmakten, behövs det två myndiga, ojäviga vittnen, vilkas uppgifter ska anges i följande punkter. Fullmakten behandlas inom sju vardagar.

**Vittnens uppgifter**

**1. Person**

Personbeteckning:

Namn:

Telefonnummer:

Underskrift:

**2. Person**

Personbeteckning:

Namn:

Telefonnummer:

Underskrift:

Fullmakten kan vid behov återkallas genom att meddela detta med hjälp av en särskild avsedd blankett som lämnas in till hälso- och sjukvården. Om man vill ändra innehållet i fullmakten ska en ny fullmakt upprättas och lämnas in till hälso- och sjukvården. I detta fall behöver man inte använda återkallelseblanketten, eftersom den nya fullmakten upphäver den tidigare.

Återkallelseblanketten för fullmakten eller den nya fullmakten lämnas in till hälso- och sjukvårdens verksamhetsställe personligen eller av en annan person. Du kan också posta blanketten till din egen hälsostation eller skicka den via Varha-applikationen. Varhas hälso- och sjukvård utgör ett gemensamt patientregister.

Fullmakten grundar sig på Kunduppgiftslagen 50 § (**https://www.finlex.fi**)

**När fullmakten lämnas in fyller mottagaren av fullmakten i:**

Inlämnande av fullmakt:

◯ fullmaktsgivaren ◯ annan person ◯ via post ◯ via Varha-applikationen

**Vem tog emot fullmakten:**

Namn: Beteckning:

Enhet: Datum:

Underskrift:

Fullmakten lagras i Kundens bilagor.

Den tidigare fullmakten för att sköta ärenden för en annan person ersätts av en ny.