

Voit täysi-ikäisenä asiakkaana valtuuttaa toisen täysi-ikäisen henkilön asioimaan puolestasi Ortonissa kaikissa tai vain osassa hoitoosi liittyvissä asioissa. Kaikkea asiointia koskevalla valtakirjalla valtuuttamasi henkilö voi hoitaa puolestasi esimerkiksi ajanvarauksia, vastaanottaa tuloksia, pyytää reseptiuusintoja ja tehdä potilashallinnollisia toimeksiantoja. /

Du som myndig kund kan ge fullmakt för en annan myndig person att sköta alla dina ärenden eller endast vissa av dem.

Fullmakt att uträtta alla ärenden gäller t.ex. tidsbokningar, undersökningsresultat, förnyelse av ett recept samt uppdrag relaterade till patientförvaltningen. /

You, as an adult, can issue a power of attorney for another adult to act on your behalf.

You can authorise another person to manage all matters relating to Orton (such as book appointments, receive results, request prescription renewals and carry out patient administration assignments) OR only some of these matters.

Annan tällä valtakirjalla valtuuttamalleni henkilölle oikeuden asioida puolestani / Genom denna fullmakt ger jag den person jag bemyndigat rätt att uträtta följande ärenden för mig: / With this power of attorney, I allow the authorised person to act on my behalf:

Selvityspyyntöä koskevat tiedot / Beskrivning av begäran om utredning / Description of the clarification request ☐ Kaikissa Ortoniin liittyvissä asioissa/ Alla ärenden i kontakten med Orton / In all matters involving Orton ☐ Vain osassa hoitoon liittyvissä asioissa: / Endast vissa ärenden: / Only specific matters:	
Valtakirja on voimassa / Fullmakten gäller/ This power of attorney is valid ☐ Toistaiseksi / Tills vidare / Until further notice ☐ Määrätyn aikavälin/ En viss period / For a specific time period	Täytä alkua- ja loppupäivämäärä voimassaololle: / Fyll i start- och slutdatum här: / Fill in the starting and ending dates:
Lisätietoja: / Tilläggsinformation: / Additional information:	

Valtuuttajan tiedot (valtakirjan antaja) / Fullmaktsgivarens uppgifter (du som ger fullmakten för annan person) / Your information (the person giving authorization to someone)

Koko nimi / Fullständiga namn / Full name	Henkilötunnus / Personbeteckning / Personal identity code	Puhelinnumero / Telefonnummer / Phone number
Osoite / Adress / Address	Postinumero / Postnummer / Postal code	Postitoimipaikka / Postanstalt / Location/City
Sähköposti / E-postadress / Email	Puhelinnumero / Telefon / Telephone number	

Valtuutetun tiedot (henkilö, jolle annat oikeuden asioida puolestasi) / Uppgifter om fullmaktshavaren (den befullmäktigad som du ger tillstånd att sköta ärenden för dig) / Information of the person You authorize with this power of attorney (who will act on your behalf)

Koko nimi / Fullständiga namn / Full name	Henkilötunnus / Personbeteckning / Personal identity code	Puhelinnumero / Telefonnummer / Phone number
Osoite / Adress / Address	Postinumero / Postnummer / Postal code	Postitoimipaikka / Postanstalt / Location/City
Sähköposti / E-postadress / Email	Puhelinnumero / Telefon / Telephone number	

Allekirjoitus (valtakirjan antaja) / Signatur (du som ger fullmakten för annan person) / Signature (the person giving authorization)

Päivämäärä /Datum / Date	Allekirjoitus ja nimenselvennys / Underskrift och namnförtydligande / Signature and name in block letters
---------------------------------	--

Ohje:

Täytetty lomake lähetetään osoitteeseen:
Potilasasiat Orton Oy
Tenholantie 10
00280 Helsinki

Anvisning:

Den ifyllda blanketten skickas till:
Potilasasiat Orton Oy
Tenholantie 10
00280 Helsinki

Instructions:

The completed form is sent to:
Potilasasiat Orton Oy
Tenholantie 10
00280 Helsinki