# Alaikäisen puolesta asioinnin suostumuksen muutosilmoitus

Tämä muutosilmoitus koskee alaikäisen suostumusta puolesta asiointiin Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin sähköisissä palveluissa.

Tällä lomakkeella kiellän huoltajiani asioimasta puolestani tai perun aikaisemmin tekemäni kiellon huoltajien puolesta-asioinnista Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin sähköisissä palveluissa.

|  |  |
| --- | --- |
| Potilaan nimi | Henkilötunnus |
| Huoltajan nimi | Henkilötunnus |
| Huoltajan nimi | Henkilötunnus |
| Muutos koskee seuraavia sähköisiä palveluita: | |

Kiellän puolesta-asioinnin

Perun aikaisemman kieltoni, ja annan suostumuksen puolesta-asiointiin

|  |  |
| --- | --- |
| Paikka ja aika | Potilaan allekirjoitus ja nimenselvennys  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Muutosilmoitus toimitetaan Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä sinua hoitavaan yksikköön. Lomakkeesta laaditaan kaksi kappaletta, toinen potilaalle ja toinen lähetetään skannattavaksi arkistoon, jossa asiakirja liitetään kansioon Potilaan tahdonilmaisut.