

SUOSTUMUS: Alaikäisten potilaiden puolesta asiointi

Tämä suostumus koskee HUSin Lasten ja nuorten toimialueella käytettäviä alle 18-vuotiaan potilaan hoitoon liittyviä digitaalisia potilaspalveluita.

Huoltajan nimi:	Huoltajan nimi:
Alle 18-vuotiaan potilaan nimi:	Potilaan henkilötunnus:
Puolesta asiointi tapahtuu seuraavissa digitaalisissa potilaspalveluissa: <i>Lasten ja nuorten sosiaalisen ahdistuneisuuden nettiterapia</i>	

Olen potilaana ilmaissut suostumukseni siihen, että edellä nimetyt huoltajani voivat asioida puolestani tällä lomakkeella mainituissa digitaalisissa potilaspalveluissa.

Suostumuksen voi perua milloin tahansa omalla ilmoituksella HUS hoitavaan yksikköön.

Paikka ja aika:

Potilaan allekirjoitus:

Olen arvioinut, että suostumuksen antajalla on tällä lomakkeella mainittuihin digitaalisiin potilaspalveluihin nähden riittävä päättämiskyky.

Paikka ja aika:

Terveystieteiden ammattihenkilön
allekirjoitus:
