

### **Valtakirjan antajan tiedot**

Etunimi ja sukunimi	
Puhelinnumero	Henkilötunnus

### **Valtuutetun tiedot**

Etunimi ja sukunimi	Henkilötunnus
Osoite	
Postinumero ja toimipaikka	Puhelinnumero

### **Valtuuksien laajuus (yksilöi valtuutuksen kohde tarkasti)**

Tämä valtakirja koskee seuraavia terveydenhuollon palveluita
Mitä asioita valtuutus koskee? <input type="checkbox"/> Ajanvaraus <input type="checkbox"/> Potilastiedot/-asiakirjat <input type="checkbox"/> Potilasmaksut <input type="checkbox"/> Muu, mikä?

### **Valtakirjaa koskevat rajoitukset**

Tämä valtakirja ei koske seuraavia terveydenhuollon palveluita tai asioita (yksilöi rajoitukset tarkasti):
--

### **Valtakirjan voimassaolo**

<input type="checkbox"/> Toistaiseksi
<input type="checkbox"/> Määräaikaisena saakka

### **Valtakirjan antajan allekirjoitus**

Päiväys	Valtakirjan antajan allekirjoitus ja nimenselvennys
---------	---

### **Valtakirjan todistajat, jos valtakirjaa ei tuoda henkilökohtaisesti**

Valtakirjan todistajan allekirjoitus ja nimenselvennys	Valtakirjan todistajan allekirjoitus ja nimenselvennys
--	--