

## eTerveys puolesta-asiointisopimus

Kirkkonummen perusturvan terveyspalvelut tarjoaa asiakkaan viralliselle huoltajalle tai edunvalvojalle (jäljempänä yhteyshenkilölle) eTerveys-palvelua **ei- kiireellisten** terveysasioiden hoitamiseen.

Puolesta asiointi eTerveys-palvelussa edellyttää sopimusta yhteyshenkilön ja Kirkkonummen terveyspalveluiden välillä. Sopimus on henkilökohtainen ja se on voimassa yksiköissä, joissa on mahdollisuus asioida sähköisesti. Sopimuksen voi purkaa milloin tahansa ottamalla yhteyttä terveyspalveluihin. Puolesta-asiointisopimus päättyy automaattisesti, kun asiakkuus Kirkkonummen perusturvan terveyspalveluissa lakkaa tai asiakas täyttää 10 vuotta.

### 1. eTerveys tekstiviestipalvelu

Kirkkonummen perusturvan terveyspalvelut voi lähettää yhteyshenkilölle tekstiviestejä, joihin ei voi vastata. Yhteyshenkilön tulee huolehtia oman matkapuhelinnumeron päivittämisestä terveyspalveluihin. Tekstiviestipalvelusta voidaan lähettää viesti esimerkiksi ajan peruuntumisesta tai laboratoriovastauksista.

Matkapuhelinnumero, johon tekstiviestit voi lähettää \_\_\_\_\_

En halua tekstiviestipalvelua

### 2. eTerveys internet-viestipalvelu

Internet-viestipalvelun käyttö asiakkaan terveysasioiden hoitamisessa edellyttää yhteyshenkilön tunnistamista henkilökohtaisilla verkkopankkitunnuksilla tai mobiilivarmenteella. Viestipalvelu käyttää suojattua yhteyttä (SSL).

Internet-viestipalvelu mahdollistaa asiakkaan tietosuojatun sähköisen viestinnän kunnan terveyspalveluiden kanssa esim. ajanvarauksen peruuttamisen tai laboratoriotulosten arvion.

En halua internet-viestipalvelua

Asiakkaan terveydentilaan liittyvät viestit tallentuvat asiakkaan sähköiseen terveystietokantaan, jonka rekisterinpitäjä on Kirkkonummen kunta.

Mikäli eTerveys-palvelun käytössä havaitaan tahallisia väärinkäytöksiä, voidaan oikeudet palvelun käyttöön evätä.

**Tällä sopimuksella yhteyshenkilö vakuuttaa olevansa asiakkaan virallinen huoltaja tai edunvalvoja. Hän sitoutuu ilmoittamaan tiedoissa tapahtuneista muutoksista (esim. huoltajuuden päättymisestä) välittömästi Kirkkonummen terveyspalveluihin.**

### Sopimusta koskevan asiakkaan

Nimi \_\_\_\_\_

Henkilötunnus \_\_\_\_\_

### Asiakkaan huoltajan/edunvalvojan

Nimi \_\_\_\_\_ Henkilötunnus \_\_\_\_\_

Osoite \_\_\_\_\_ Postinumero ja -toimipaikka \_\_\_\_\_

Paikkakunta \_\_\_\_\_ Päiväys \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Olen lukenut sopimuksen ja ymmärrän sen sisällön.

Huoltajan/yhteyshenkilön allekirjoitus .....

**Sopimus palautetaan henkilökohtaisesti terveyskeskukseen tai neuvolaan. Vautukaa todistamaan henkilöllisyyttenne.**

Henkilökunta täyttää

Henkilöllisyys todettu: Asiakas tunnettu  Henkilöllisyystodistus

\_\_\_\_\_  
Sopimuksen vastaanottaja