

Valtakirjan antajan tiedot

Etunimi ja sukunimi	Henkilötunnus
Puhelinnumero	

Valtuutetun tiedot

Etunimi ja sukunimi	Henkilötunnus
Osoite	
Postinumero ja toimipaikka	Puhelinnumero

Valtuutuksen laajuus

Tämä valtakirja koskee seuraavia terveydenhuollon palveluita ja asioita (yksilöi valtuutuksen kohde tarkasti):

Valtakirjaa koskevat rajoitukset

Tämä valtakirja ei koske seuraavia terveydenhuollon palveluita ja asioita (yksilöi valtuutuksen rajoitukset tarkasti):

Valtakirjan voimassaolo

Toistaiseksi	<input type="checkbox"/>	
Määräaikaisena	<input type="checkbox"/>	____/____ 20____ saakka

Valtakirjan antajan allekirjoitus

Päiväys ____/____ 20____	Paikka _____	Valtakirjan antajan allekirjoitus ja nimenselvennys _____
--------------------------	--------------	---

Valtakirjan todistajat, jos et tuo valtakirjaa henkilökohtaisesti

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