



## Samtycke till överföring av vårdinformation

Överföring av hälso- och sjukvårdsuppgifter mellan ÅHS,  
hemkommunen och serviceproducenten

---

Namn:

---

Personbeteckning

Jag samtycker till att Ålands hälso- och sjukvård och min hemkommun får överföra uppgifter om mitt hälsotillstånd till den vårdinstans som för tillfället har eller snart kommer att ha vårdansvaret för mig.

Jag har lämnat samtycke frivilligt och jag vet att jag kan ta tillbaka samtycket när som helst.

---

Patientens underskrift

---

Namnförtydligande

**ELLER:**

---

Patientens företrädares underskrift (fullmakt måste bifogas)

---

Namnförtydligande

---