Peruutan valtakirjan, jolla olen valtuuttanut toisen henkilön hoitamaan asioitani Kainuun hyvinvointialueen sosiaali- ja terveyspalveluissa

**Valtakirjan antajan tiedot**

|  |  |
| --- | --- |
| Etunimi ja sukunimi | Henkilötunnus |

**Valtuutetun tiedot**

|  |  |
| --- | --- |
| Etunimi ja sukunimi | Henkilötunnus |

Peruutan valtakirjan jonka annoin \_\_/\_\_ 20\_\_

**Valtakirjan peruuttajan allekirjoitus**

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Päiväys       Valtakirjan antajan allekirjoitus ja nimenselvennys |

Peruutus toimitetaan Kainuun hyvinvointialueen potilaskertomusarkiston kirjaamoon osoitteella

Kainuun keskussairaala

Potilaskertomusarkiston kirjaamo

Sotkamontie 13

87300 Kajaani

Potilaskertomusarkiston kirjaamo täyttää:

|  |  |
| --- | --- |
| Valtakirjan peruutuksen vastaanottajan nimi ja päivämäärä | Peruutus lähetetty toimipisteeseen (toimipisteen nimi ja päivämäärä) |

Peruutus arkistoidaan potilaan/asiakkaan kertomuskansioon