

**Suostumus sähköisen lääkemääräyksen uusimiseen sekä mitätöintiin ja Reseptikeskuksen tietojen tarkasteluun**

Apteekin nimi ja yhteystiedot

---

Potilaan nimi ja henkilötunnus

---

Suostun siihen, että apteekki voi tarvittaessa tehdä lääkemääräyksen uusimispyynnön terveydenhuoltoon ja että apteekki ja lääkemääräyksen uusiva lääkkeen määrääjä saavat tarvittaessa katsoa lääkemääräystietoja, jotka on tallennettu valtakunnalliseen Reseptikeskukseen.

Suostun siihen, että apteekki tai potilasta hoitava lääkäri tai sairaanhoitaja voivat tarkastella Reseptikeskuksen tietoja varmistaakseen lääkehoidon turvallisuuden (kokonaislääkitys ja yhteisvaikutukset).

Jos lääkityksen tarkistuksen perusteella jokin toimittamaton tai osittain toimitettu lääkemääräys käy tarpeettomaksi, suostun siihen, että apteekissa asioitani hoitava alla mainitun palvelujen tuottajan edustaja tai asiamies voi antaa suostumuksen lääkemääräyksen mitätöintiin.

Suostun siihen, että apteekissa asioivalle alla mainitun palvelujen tuottajan edustajalle tai muulle asiamiehelle annetaan pyynnöstä yhteenveto Reseptikeskukseen tallennetuista lääkemääräyksistä.

Annan suostumukseni tämän sopimusliitteen tietojen tallentamiseen apteekin asiakasrekisteriin.

Suostumus on voimassa toistaiseksi, kuitenkin enintään siihen asti kunnes sopimus päättyy. Olen tietoinen, että voin halutessani peruuttaa suostumuksen ilmoittamalla siitä kirjallisesti apteekille.

Paikka ja aika

---

Suostumuksen antajan  
allekirjoitus ja nimenselvennys  
(potilas tai hänen laillinen edustajansa)

---

Suostumuksen antajan puhelinnumero

---

Palveluasumisen, kotipalvelun tai kotisairaanhoidon palvelujen tuottajan nimi ja yhteystiedot  
**tai** asiamiehen nimi ja yhteystiedot

---