



Valtuutuksen voimaan saattaminen  
holhousviranomaisessa

VIRANOMAINEN TÄYTTÄÄ

Saapumispäivä	Salassapitoleima
---------------	------------------

1. TUTKITTAVA HENKILÖ

Tutkittavan henkilön nimi	Henkilötunnus
Osoite	
Postinumero	Postitoimipaikka
Millä tavoin tutkittavan henkilöllisyys on todettu? Henkilöllisyystodistus      Muulla tavoin, miten?	
Tunnen tutkittavan terveydentilan  Henkilökohtaisesti _____ lähtien  Asiakirjoista _____ lähtien	
Kenen pyynnöstä lausunto annetaan? Tutkittavan pyynnöstä  Edunvalvontavaltuutetuksi esitetyn pyynnöstä (Laki edunvalvontavaltuutuksesta 45 §: Valtuutetulla on oikeus saada lääkärintlausunto edunvalvontavaltuutuksen vahvistamista varten.)  Jonkun muun pyynnöstä, kenen	
Tutkimuspaikka	
Tutkimusaika	
Keitä muita oli läsnä tutkimustilanteessa	

2. ESITIEDOT

Tilanteeseen vaikuttavat sairaudet ja toimintakyvyn rajoitteet
Lääkärille kerrotut esitiedot tutkittavan kyvystä hoitaa taloudellisia tai henkilökohtaisia asioita (myös tieto siitä, keneltä tai mistä tiedot on saatu)

3. TUTKIMUSHAVAINNOT

Lääkärin tutkimushetken havainnot, joilla on vaikutusta käsiteltävään asiaan
--



Mitä tarkempia asiaan vaikuttavia tutkimuksia tai testejä on mahdollisesti tehty (testi, ajankohta ja tulos)?

Ovatko tutkimushavainnot ristiriidassa esitietojen kanssa?

Eivät

Kyllä, millä tavalla?

#### 4. JOHTOPÄÄTÖKSET

Onko tutkittava sairauden, henkisen toiminnan häiriintymisen, heikentyneen terveydentilan tai muun vastaavan syyn vuoksi tullut pääasiallisesti kykenemättömäksi huolehtimaan asioistaan?

Kyllä

Taloudellisissa ja oikeudellisissa, tarkennus tarvittaessa:

Henkilöä koskevissa asioissa, tarkennus tarvittaessa:

Ei

Tarkennus tarvittaessa

Ymmärtääkö tutkittava edunvalvontavaltuutuksen vahvistamista koskevan asian merkityksen ja sen seuraukset itselleen

Kyllä

Ei

Tarkennus tarvittaessa

Jos tutkittava ymmärtää asian merkityksen, onko esteitä tai rajoitteita hänen kirjalliselle ja/tai henkilökohtaiselle kuulemiselleen asiassa?

Ei

Kyllä, tarkennus tarvittaessa

**LÄÄKÄRIN ANTAMIA LISÄTIETOJA****5. ALLEKIRJOITUS**

Edellä olevan vakuutan kunniani ja omantuntoni kautta

Paikka ja päiväys

Allekirjoitus

Nimenselvennys

Yksilöintitunnus

Lääkärin virka-asema

Erikoislääkärin pätevyys

Yhteystiedot lisätietojen pyytämistä varten