

# Fullmakt

Jag \_\_\_\_\_ ger härmed fullmakt till

(patientens namn)

\_\_\_\_\_  
(ombudets namn)

med adress \_\_\_\_\_

(ombudets gatuadress)

\_\_\_\_\_  
(ombudets postnummer och ort)

\_\_\_\_\_  
(ombudets telefonnummer)

\_\_\_\_\_  
(ombudets e-postadress)

att företräda mig i mitt ärende hos patientnämnden och dess förvaltning samt att få ut och ta del av samtliga handlingar i ärendet.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Patientens namnteckning

\_\_\_\_\_  
Patientens personnummer

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

För att kunna fullgöra patientnämndens rättsliga förpliktelse att bedriva patientnämndsverksamhet behöver förvaltningen behandla (t ex registrera och lagra) de personuppgifter du lämnar i blanketten. Sekretess gäller såväl inom hälso- och sjukvården som inom förvaltningen. Läs mer på [www.patientnamndenstockholm.se](http://www.patientnamndenstockholm.se) eller kontakta oss för mer information.