

# Fullmakt

Jag

(patientens namn)

ger härmed fullmakt till

(ombudets namn)

med adress

(ombudets gatadress)

(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.*