

## FULLMAKT

Den här blanketten är till för dig som vill att någon annan person ska vara din kontakt med patientnämndernas kansli.

När du skriver under den här blanketten ger du en annan person tillåtelse att företräda dig, det kallas för att du ger den personen fullmakt. När du gjort det kommer vi att hålla kontakten med den personen istället för dig. Du kan ta tillbaka fullmakten när du vill. Kontakta oss om du inte längre vill att den här personen ska vara din kontakt med patientnämndernas kansli.

När du skriver under blanketten ger du patientnämndernas kansli rätt att dela sekretessbelagda uppgifter om dig med vården och den person som du ger fullmakt till. Sekretessbelagda uppgifter om dig är allt som rör ditt ärende hos oss, exempelvis information om ditt hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden.

### 1. Du som ger fullmakt

Förnamn och efternamn		Personnummer (10 siffror)
Utdelningsadress	Postnummer och ort	

### 2. Personen som du ger fullmakt till

Förnamn och efternamn		Personnummer (10 siffror)
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
E-postadress	Telefon hem (ange riktnummer)	Telefon arbete/bostad

### 3. Vad ska fullmakten gälla för?

<input type="checkbox"/> Mitt ärende hos patientnämndernas kansli
---

### 4. Hur länge ska fullmakten gälla?

<input type="checkbox"/> Fullmakten är giltig från och med nedanstående datum och fram tills ärendet avslutas
---

### 5. Underskrift av dig som ger fullmakt

Jag ger fullmaktstagaren rätt att för min räkning företräda mig i kontakter med patientnämndernas kansli		Telefon hem (ange riktnummer)
Datum	Namnteckning	Telefon arbete/mobil

Patientnämndernas kansli behandlar personuppgifter digitalt. Läs mer om behandling av personuppgifter på [www.vgregion.se/patientnamnden](http://www.vgregion.se/patientnamnden)

**Blanketten ska skrivas ut, undertecknas och postas i original till patientnämndernas kansli**