



Blankett
Borås bedömningsteam

Fullmakt

Jag ger härmed min tillåtelse att Borås bedömningsteam vid behov får ta kontakt med och rekvirera ytterligare handlingar/journalhandlingar från övriga vårdinrättningar samt läsa NPÖ och läkemedelsförteckningen (dokumentation från alla dina vårdkontakter i Sverige samt läkemedelshistorik). Fullmakten gäller under den periods utredningen pågår på Bedömningsteamet.

.....
Ort och datum

.....
Personnummer

.....
Namnunderskrift

.....