

# Fullmakt att företräda i hälso- och sjukvården

## Fullmaktsgivare (patient)

|      |              |         |
|------|--------------|---------|
| Namn | Personnummer | Telefon |
|------|--------------|---------|

## Fullmaktshavare (företrädare/närstående/god man/ombud)

|      |              |         |
|------|--------------|---------|
| Namn | Personnummer | Telefon |
|------|--------------|---------|

## Giltighetstid

|                                   |         |                |
|-----------------------------------|---------|----------------|
| Fullmakten är giltig till och med | (datum) | (tills vidare) |
| Återtag av fullmakt               | (datum) |                |

## Fullmakt

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Jag ger fullmaktshavare rätt att företräda mig i kontakt med hälso- och sjukvården genom att t.ex. boka tid, lämna och motta information om mig ( <i>vid X enhet/mottagning/avdelning...</i> )  |
| <input type="checkbox"/> | Jag ger fullmaktshavare rätt att få kopia av mina journalhandlingar <i>Ange datum eller tidsintervall och från vilken enhet/mottagning/avdelning</i> (Ex. xx den 20 xx/perioden xx-xx) från <i>X vårdcentral/rehabmottagning, diabetesmottagningen/geriatrikavdelningen</i> |

## Underskrift

|                               |                   |
|-------------------------------|-------------------|
| Ort och datum                 |                   |
| Fullmaktsgivarens underskrift | Namnförtydligande |

Undertecknad fullmakt skickas/lämnas till:

(*enhetens/mottagningens/avdelningens namn*)

\* Fullmakten ger inte rätt åt fullmaktshavaren att fatta beslut eller samtycka till konkreta vårdåtgärder eller ingrepp inom hälso- och sjukvården och tandvården.