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

☐	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 vid enhet/mottagning/avdelning

☐	Jag ger fullmaktshavare rätt att få kopia av mina journalhandlingar *Ange datum eller tidsintervall och från vilken enhet/mottagning/avdelning* (Ex. xx den 20 xx/perioden xx-xx) från *X vårdcentral/rehabmottagning, t.ex diabetesmottagningen/geriatrikavdelningen*

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.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN