

FULLMAKT

När du skriver under blanketten ger du en annan person din tillåtelse att företräda dig, det kallas för att du ger den personen fullmakt. Du kan ta tillbaka fullmakten när du vill. Kontakta oss om du inte längre vill att den här personen skall vara din kontakt med oss.

När du skriver under blanketten ger du "Verksamhet ortopedi/Sahlgrenska Universitetssjukhuset" 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.

Du som ger fullmakt

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
Utdelningsadress, postnummer och ort	
E-postadress	Telefonnummer

Personen som du ger fullmakten till (fullmaktstagare)

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
Utdelningsadress, postnummer och ort	
E-postadress	Telefonnummer

Hur länge skall fullmakten gälla?

Fullmakten skall gälla för "Verksamhet ortopedi/Sahlgrenska Universitetssjukhuset" from angivet datum

och fram tills ärendet avslutas.

Underskrift av dig som ger fullmakt

Jag ger fullmaktstagare rätt att för min räkning företräda mig i kontakter med "ortopedi/Sahlgrenska Universitetssjukhuset"

Datum	Namnteckning
-------	--------------