

FULLMAKT

Information

Fullmakt

Genom att skriva under denna blankett ger du den person som anges nedan rätt att företräda dig i kontakter med Verksamhet ortopedi/Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Du kan när som helst återkalla fullmakten genom att kontakta verksamheten.

Samtycke till informationsutbyte

Genom att skriva under denna blankett samtycker du också till att Verksamhet ortopedi/Sahlgrenska Universitetssjukhuset får lämna ut uppgifter om dig till den person som fullmakten gäller för. Det kan exempelvis vara uppgifter om ditt hälsotillstånd, bokade tider, planerad vård eller andra uppgifter som rör din vård och behandling. Du kan när som helst återkalla ditt samtycke.

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:	till och med datum:

Underskrift av dig som ger fullmakt

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

Datum	Namnteckning

Skicka blankett till:

Verksamhet Ortopedi ,LSO
Område 3, R-huset, plan 4
Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Mölndal
Göteborgsvägen 31
431 80 Mölndal

Telefonväxel

031-342 :10 00