

Fullmakt att företräda i hälso- och sjukvården

Fullmaktsgivare (patient)

Namn		Personnummer
Adress	Postnummer/ort	Telefon

Fullmäktig (företrädare/närstående)

Namn		Personnummer
Adress	Postnummer/ort	Telefon

Giltighetstid

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

Fullmakt

<input type="checkbox"/>	Undertecknad fullmaktsgivare ger fullmäktigen rätt att företräda i hälso- och sjukvårdsärenden i mitt namn
<input type="checkbox"/>	Undertecknad fullmaktsgivare ger fullmäktigen rätt att rekvirera och läsa mina journalhandlingar

Underskrift

Ort och datum	
Fullmaktsgivarens underskrift	Namnförtydligande

Bevittning (frivillig uppgift)

Underskrift, vittne 1	Namnförtydligande
Adress	Postnummer, ort
Telefon	Relation till fullmaktsgivare (patient)
Underskrift, vittne 2	Namnförtydligande
Adress	Postnummer, ort
Telefon	Relation till fullmaktsgivare (patient)

Undertecknad fullmakt skickas/lämnas till:

Specialistläkarna
Föreningsgatan 10B
461 30, Trollhättan

koordinator@specialistlakarna.nu