



Danderyds Sjukhus

Namn på dokumentet:
Fullmakt patientärenden Danderyds Sjukhus

Dokumenttyp:
Blanketter
Giltigt från: 2023-03-09
Giltigt Till: 2025-03-10
Upprättad av:
Ylva Landin

Verksamhetsområde/ansvarig enhet/Ämnesområde:
2.13 VERKSAMHETSUTVECKLING

Fullmakt patientärenden Danderyds Sjukhus

Diarienummer: _____
(ifylles av vårdgivaren)

Jag _____ ger härmed fullmakt till
(patientens namn)

(ombudets namn)

med adress _____
(ombudets gatuadress)

(ombudets postnummer och ort)

(ombudets telefonnummer)

att företräda mig i mitt ärende hos Danderyds sjukhus, som skickades in _____
samt att få ta del av samtliga handlingar i ärendet. (år, månad, dag)

Ort

Datum (år, månad, dag)

Patientens namnteckning

Patientens personnummer

Ombudets namnteckning

Målgrupp:
Danderyds Sjukhus AB

Fastställd av:
Åsa Lindström Hammar

Granskad av:

Diariern
Infosäkhetsklass:
K1
Dokumentid:
DSVT-S-974478