



## Fullmakt - Företräda patient

### Fullmakt - företräda patient i ärende till Patientnämnden Dalarna, Region Dalarna

Denna blankett används för att lämna fullmakt till ombud att företräda patient i ärende som avser synpunkter och klagomål på hälso- och sjukvård samt tandvård.

#### 1. Patient (fullmaktsgivare)

Namn	Personnummer	Telefonnummer
Adress	Postnummer	Ort

#### 2. Ombud (fullmaktshavare)

Namn	Relation till patienten	Telefonnummer
Adress	Postnummer	Ort

- Jag som patient ger härmed fullmakt till ovanstående ombud att företräda mig i mitt ärende.
- Fullmakten inkluderar ombudets rätt att få ut och ta del av samtliga handlingar i mitt ärende inklusive vårddokumentation
- Fullmakten är giltig tills ärendet avslutas eller tills jag själv återkallar fullmakten i ärendet.

.....  
(Ort, datum)

.....  
(Namnunderskrift)

*I de fall du vänder dig till Patientnämnden med synpunkter på din vård och behandling kommer vi att behandla dina personuppgifter. På Region Dalarnas hemsida <https://www.regiondalarna.se/om-regionen/sakerhet/personuppgifter/> finns mer information om behandling av personuppgifter i Region Dalarna.*

#### Ifylld blankett skickas till:

Patientnämnden Dalarna  
Box 712  
791 29 Falun