

Fullmakt för patientärende

Jag _____ ger härmed fullmakt till ombud _____

att företräda mig i mitt ärende hos S:t Eriks Ögonsjukhus som skickades in _____

samt att få ta del av samtliga handlingar i ärendet.

Ombudets uppgifter

För- och efternamn	Personnummer
Adress	
Postnummer och ort	Telefonnummer

Ombudets underskrift

Namnteckning	Ort och datum
	Namnförtydligande

Fullmaktsgivarens uppgifter (patienten)

För- och efternamn	Personnummer
Adress	
Postnummer och ort	Telefonnummer

Fullmaktsgivarens underskrift

När du skriver under bekräftar du att du har läst och förstått informationen på denna blankett och godkänner att ombudet utför dina ärenden vid S:t Eriks Ögonsjukhus.

Namnteckning	Ort och datum
	Namnförtydligande

Blanketten skickas till: Patientvägledare S:t Eriks Ögonsjukhus Box 4078, 171 04 Solna