



Danderyds Sjukhus

Namn på dokumentet: Fullmakt patientärenden Danderyds sjukhus	Dokumenttyp: Styrande	Giltigt från: 2026-02-19 Giltigt Till: 2027-02-19
Verksamhetsområde/ansvarig enhet/Ämnesområde: 3.3.3 Hantera patientärenden inkomna från myndighet och/eller patientnämnd	Upprättad av: Paula Andersson	

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	Granskad av:		
Fastställd av: Corinne Pedroletti	Diariennr	Infosäkhetsklass: K1	Dokumentid: DS-S-974478