



Danderyds Sjukhus

Namn på dokumentet: Fullmakt patientärenden Danderyds Sjukhus	Dokumenttyp: Blanketter	Giltigt från: 2023-03-09 Giltigt Till: 2025-03-10
Verksamhetsområde/ansvarig enhet/Ämnesområde: 2.13 VERKSAMHETSUTVECKLING	Upprättad av: Ylva Landin	

Fullmakt patientärenden Danderyds Sjukhus

Diarienummer:

Jag ger härmed fullmakt till:

Patientens namn:

Ombudets namn:

Ombudets gatuadress:

Ombudets postnummer och ort:

Ombudets telefonnummer:

att företräda mig i mitt ärende hos Danderyds sjukhus, som skickades
in:

Datum: (År, månad, dag)

samt att få ta del av samtliga handlingar i ärendet.

Ort

Datum (år, månad, dag)

Patientens namnteckning

Patientens personnummer

Ombudets namnteckning

Målgrupp: Danderyds Sjukhus AB	Granskad av:		
Fastställd av: Åsa Lindström Hammar	Diariernr	Infosäkhetsklass: K1	Dokumentid: DSVT-S-974478