



**Fullmakt**

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 \_\_\_\_\_ (år, månad, dag)  
samt att få ta del av samtliga handlingar i ärendet.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Patientens namnteckning

\_\_\_\_\_  
Patientens personnummer

\_\_\_\_\_  
Gatuadress

\_\_\_\_\_  
Postnummer och ort

**Fullmaktsgivarens (patientens) underskrift**

\_\_\_\_\_