

Blanketten skickas till:  
Region Sörmland  
Patientnämndens kansli  
611 88 Nyköping

Inom regionen skickas blanketten med internposten.

### Uppgifter om patienten

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Adress		Postadress
Telefon		

Patienten vårdas enligt:

LRV

LPT

SML

Patienten önskar stödperson

Patienten tackar nej till stödperson

Patienten vill avvakta

### Uppgifter om vårdinrättningen

Inrättning/klinik	Avdelning
Adress	Postadress
Telefon	

### Patientens förslag till stödperson

Om patienten har förslag på en stödperson kan detta anges här. Det är dock inte säkert att den föreslagna personen får uppdraget utan det avgör patientnämnden utifrån gällande regler, t.ex. får patienten inte vara släkt med den föreslagna personen. Om inget förslag lämnas kommer en stödperson att utses av patientnämnden.

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Adress		Postadress
Telefon		
Patientens relation till föreslagen stödperson		

-----  
(Namnunderskrift patienten)

-----  
(Ort och datum)

-----  
(Namnunderskrift chefsöverläkare)

-----  
(Ort och datum)