

Ifylld blankett skickas till:  
Region Sörmland  
Patientnämndens kansli  
611 88 Nyköping

## Fullmakt för patientnämnden

Den här blanketten är till för dig som vill att någon annan person ska vara din kontakt med patientnämndernas kansli.

När du skriver under den här blanketten ger du en annan person tillåtelse att företräda dig, det kallas för att du ger den personen fullmakt. När du gjort det kommer vi att hålla kontakten med den personen istället för dig. Du kan ta tillbaka fullmakten när du vill. Kontakta oss om du inte längre vill att den här personen ska vara din kontakt med patientnämndernas kansli.

När du skriver under blanketten ger du patientnämndens kansli rätt att dela sekretessbelagda uppgifter om dig med vården och den person som du ger fullmakt till.

### 1. Fullmaktsgivare (patienten)

Namn	Personnummer	
Adress	Postnummer	Ort
Telefon		

### 2. Fullmaktstagare (patientens ombud)

Namn	Personnummer	
Adress	Postnummer	Ort
Telefon		

Härmed ger jag ovanstående person fullmakt att företräda mig hos patientnämnden i Region Sörmland. Fullmakten är giltig två år från och med nedanstående datum eller tills den återkallas.

-----  
(Namnunderskrift patienten)

-----  
(Ort och datum)

#### Om behandling av personuppgifter

För att patientnämnden på bästa sätt ska kunna handlägga ditt ärende behöver patientnämnden behandla (t ex registrera och lagra) de personuppgifter som du lämnar i din skrivelse. Din skrivelse kan komma att skickas för yttrande till berörd vårdgivare. Sekretess gäller såväl inom vården som inom patientnämnden.