

Fullmakt och samtycke inom vården

Fullmaktsgivare

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer

Fullmaktshavare

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer

Omfattning

Kryssa Ja eller Nej. Om både Ja och Nej är ikryssat eller kryss saknas räknas rutan som Nej

Få information om samtliga uppgifter gällande mitt hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden som omfattas av sekretess Ja Nej
Enbart få information om vissa uppgifter gällande mitt hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden som omfattas av sekretess. Vänligen specificera vad fullmakten ska omfatta:
Företräda mig i alla frågor gentemot Region Norrbotten Ja Nej
Enbart boka, avboka och omboka tider Ja Nej
Enbart hämta uppgifter om fakturor tillställda mig Ja Nej
Fullmakten ska gälla all information, även sådan från tiden före denna fullmakt undertecknades Ja Nej
Fullmakten ska enbart gälla information från och med dagen för undertecknande Ja Nej
Fullmakten slutar gälla <i>Lämna tomt om något slutdatum inte ska finnas</i>

Underskrift fullmaktsgivare

Jag ger ovan angivna fullmaktshavare rätt att få information om mig från Region Norrbotten samt företräda mig gentemot Region Norrbotten i den omfattning som framgår ovan	
Fullmaktsgivarens underskrift	Ort och datum