

Fuldmagt

Ønsker du, at give en anden tilladelse til at klage på dine vegne og stå for kontakten til Styrelsen for Patientklager, kan du udfylde denne fuldmagt og returnere den til os.

Du skal være opmærksom på, at du med fuldmagten giver en anden person lov til at se fortrolige oplysninger om dig, da personen vil få tilsendt det materiale, som vi bruger i sagsbehandlingen.

Vi gør samtidig opmærksom på, at vi ved behandlingen af din klage kan indhente oplysninger om dig fra sundhedspersoner, behandlingssteder og myndigheder, der er nødvendige for at behandle din klage.

Sundhedspersoner, behandlingssteder og myndigheder har pligt til at give os disse oplysninger. Derfor har de også ret til at slå oplysningerne op i f.eks. din patientjournal, Det Fælles Medicinkort mv., og videresende dem til os.

Du kan altid trække din fuldmagt tilbage ved at kontakte os.

Mine oplysninger (den der giver fuldmagt)

Mit fulde navn			
Mit CPR-nr.			
Min adresse			
Postnummer		By	
Mit telefonnr.			

Jeg giver hermed fuldmagt til:

Fulde navn			
CPR-nr.			
Adresse			
Postnummer		By	
Telefonnr.		E-mail	

Fuldmagten skal underskrives i hånden af den person, der giver fuldmagt til en anden. Fuldmagten skal sendes til os med post eller elektronisk.

Jeg giver hermed ovennævnte person fuldmagt til at indgive klage til Styrelsen for Patientklager på mine vegne og til at varetage mine interesser i forbindelse med sagens behandling.

Dato:

Underskrift: