**Fuldmagt**

**Dato**:

**Sagsnr.:**

Styrelsen for Patientklager

Sekretariatet for

Ankenævnet for

Tilsynsafgørelser

Olof Palmes Allé 18 H

8200 Aarhus N

CVR-nr.: 39 85 08 85

Dir. tlf.: 72 33 05 00

Telefontid: 10:00-14:00

[stpk@stpk.dk](mailto:stpk@stpk.dk)

[www.stpk.dk](http://www.stpk.dk)

Denne fuldmagt kan bruges, hvis du ønsker at give en anden tilladelse til at klage på dine vegne og stå for kontakten til Ankenævnet for Tilsynsafgørelser. Når du har givet fuldmagt, vil vi ikke længere skrive til dig, men i stedet til den person, som du har givet fuldmagt til.

Du kan altid trække din fuldmagt tilbage ved at kontakte Ankenævnet for Tilsynsafgørelser.

Fuldmagten skal underskrives i hånden af den person, der giver fuldmagt til en anden. Fuldmagten skal sendes til Ankenævnet for Tilsynsafgørelser med posten eller elektronisk.

Vi anbefaler at du sender fuldmagten via Digital Post eller via e-Boks, hvis du sender den elektronisk. På den måde er du sikker på, at uvedkommende ikke får adgang til dine personoplysninger.

Vi gør i øvrigt opmærksom på, at ved behandling af klagen kan vi 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.

**Mine oplysninger (den der giver fuldmagt)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mit fulde navn |  | | |
| Min adresse |  | | |
| Postnummer |  | By |  |
| Mit telefonnummer |  | | |
| Mit CPR-nummer |  | | |

**Jeg giver hermed fuldmagt til:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fulde navn |  | | |
| Adresse |  | | |
| Postnummer |  | By |  |
| Telefonnummer |  | | |
| E-mail |  | | |

**Jeg giver hermed ovennævnte person fuldmagt at indgive klage til Ankenævnet for Tilsynsafgørelser på mine vegne og til at varetage mine interesser i forbindelse med sagens behandling.   
  
  
  
­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Dato underskrift**