

FULLMAKT

i de fall patienten har behov av det

Härmed godkänner jag

Patientuppgifter med 10 siffror (ÅÅ-MM-DD-XXXX)
Efternamn
Förnamn
Telefon och eller mobilnummer

Underskrift (patient)

Att Ryggkirurgiska kliniken får lämna ut information gällande mitt ärende och mitt hälsotillstånd till nedanstående person. Jag är fullt medveten om vad detta innebär att lämna fullmakt kring mitt hälsotillstånd och att känsliga uppgifter kan förekomma. Detta gäller tills fullmakten återkallas.

Uppgifter

Patientuppgifter med 10 siffror (ÅÅ-MM-DD-XXXX)
Efternamn
Förnamn
Telefon och eller mobilnummer
Relation till ovanstående patient

Underskrift:**Skicka blanketten till:**Ryggkirurgiska kliniken, Löt, 645 94 Strängnäs *Alternativt* via **E-post:** info@ryggkirurgiska.se