

FULLMAKT FÖR UTRÄTTANDE AV ÄRENDEN PÅ ORTON**Härmed befullmäktigar jag,**

Klientens namn: _____

Personbeteckning: _____

Adress: _____

Telefonnummer: _____

Den befullmäktigades namn: _____

Personbeteckning: _____

Adress: _____

Telefonnummer: _____

Vårdnadshavare __ Intressebevakare __ Anhörig __ Annan: _____
att uträtta hälsovårdsärenden å mina vägnar på Orton.

Denna fullmakt gäller följande tjänster (specificera tjänsterna noggrant):

_____Fullmakten gäller: (välj ett alternativ)
tillsvidare ____
på bestämd tid t.o.m. den ___ / ___ / _____

Jag är medveten om att jag kan återkalla denna fullmakt om jag så önskar, genom att meddela Orton skriftligen. Jag är även medveten om att den person jag utnämnt i fullmakten, i samband med tidsbokning kan uppge information som kan klassas som patientuppgifter, såsom orsaken till tidsbokningen, samt får berätta bakgrundsuppgifter relaterat till tidsbokningen.

Fullmakten sparas i Orton Ab:s patientregister.
Returnera fullmakten till Orton. Tag med bildföretsett identitetsbevis eller pass.

Plats och tid: _____

Fullmaktsgivarens underskrift: _____

Fullmaktsgivarens namnförtydligande: _____