



**PATIENTNÄMNDEN
HALLAND**

Din kommun i samarbete med Region Halland

Skicka blanketten till:

Patientnämnden Halland
Box 517
301 80 Halmstad

Fullmakt för kontakt med Patientnämnden Halland

Fyll i och skriv under blanketten för att utse ett ombud i kontakterna med Patientnämnden Halland. Fullmakten gäller inte i några andra ärenden.

När fullmakten är underskriven får patientnämnden dela sekretessbelagd information om dig med ditt ombud och vårdgivaren. Sekretessbelagd information är allt som rör ditt ärende hos patientnämnden, till exempel om ditt hälsotillstånd och personliga förhållanden.

Fullmakten gäller tills ditt ärende är avslutat hos Patientnämnden Halland, dock längst ett år. Du kan ta tillbaka fullmakten när du vill. Detta gör du genom att kontakta Patientnämnden Halland.

1. Du som ger fullmakt

Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
E-postadress	Telefon	

2. Personen som du ger fullmakt till

Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
E-postadress	Telefon	

☐ Om du även önskar att vårdgivaren ska kunna ha kontakt med ditt ombud så behöver du särskilt ge ditt samtycke till detta. Det innebär att vårdgivaren får dela sekretessbelagd information med ditt ombud och att kontakten, inklusive svaret på ditt ärende, i första hand kommer att ske med ditt ombud. Om du samtycker till detta, kryssa i rutan.

3. Underskrift av dig som ger fullmakt

Datum	Namnteckning
-------	--------------

Patientnämnden Hallands kansli behandlar personuppgifter digitalt. Läs mer om behandling av personuppgifter på www.regionhalland.se

Blanketten skrivs ut, undertecknas och postas i original till Patientnämnden Halland

Patientnämnden Halland, Box 517, 301 80 Halmstad. Telefon: 020-42 20 30