

Fuldmagt

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 Patienterstatningen.

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

Vi gør opmærksom på, at ved behandling af klagen kan vi indhente nødvendige oplysninger om dig fra sundhedspersoner, behandlingssteder og myndigheder.

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.

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

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			

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

Dato

Underskrift