

## Fullmakt gällande synpunkter och klagomål

Härmed ger jag \_\_\_\_\_  
(patientens namn)

fullmakt till \_\_\_\_\_  
(ombudets namn)

med adress: \_\_\_\_\_  
(ombudets gatuadress)

\_\_\_\_\_  
(ombudets postnummer och ort)

\_\_\_\_\_  
(ombudets telefonnummer dagtid)

att företräda mig i mitt ärende hos \_\_\_\_\_  
(vårdverksamhetens namn)

\_\_\_\_\_  
Bifogat ärende                      Ärendenummer                      Diarienummer

samt att få ut och ta del av samtliga handlingar i aktuellt ärende.

\_\_\_\_\_  
Ort    Datum

\_\_\_\_\_  
Patientens namnteckning                      Patientens personnummer

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Gatuadress

\_\_\_\_\_  
Postnummer och ort

*Skriv ut, underteckna och skicka blanketten med post till vårdverksamheten.  
Vårdverksamhetens adress finns på deras webbplats.*