# Fuldmagt/samtykkeerklæring

## **JEG**

Navn:

CPR-nummer:

Telefonnummer:

E-mail:

## **GIVER HERMED**

Navn:

Telefonnummer:

E-mail:

**fuldmagt (lov og ret til at handle på mine vegne) vedrørende min klage/sag/henvendelse til Præhospital Syd.**

**Dette indebærer, at Præhospital Syd kan indhente og/eller videregive nødvendige og relevante oplysninger om mit behandlingsforløb, herunder journalmateriale, til brug for behandling af sagen/henvendelsen.**

| Fuldmagtsgivers underskrift (patienten) |
| --- |
| Dato: |
| Underskrift: |
| Fuldmagtshavers underskrift |
| Dato: |
| Underskrift: |

Fuldmagten bortfalder, når sagen er afsluttet.
Fuldmagtsgiver kan desuden til enhver tid tilbagekalde fuldmagten.