

Fullmakt att sköta ärenden för en annan person inom primärvården

Med blanketten kan du befullmäktiga en annan person att sköta dina ärenden inom primärvården.

Fullmakten kan beviljas av en myndig person som har rättshandlingsförmåga.

Ifall kunden/patienten är oförmögen att förstå fullmaktens betydelse ska man kontakta Myndigheten för digitalisering och befolkningsdata för att utse en intressebevakare.

(Uppgifterna som har markerats med en stjärna * är obligatoriska.)

1. Fullmaktsgivarens uppgifter

Personbeteckning: *

Efternamn och alla förnamn: *

Gatuadress: *

Postnummer och postanstalt: *

Hemkommun: *

Telefonnummer: *

2. Fullmaktens omfattning och innehåll

Den här fullmakten gäller följande tjänster och innehåll inom primärvården (specificera fullmaktens omfattning och innehåll genom att noggrant kryssa i).

Fullständigt befullmäktigande: Personen jag befullmäktigar kan sköta ärenden i samma omfattning inom primärvårdens tjänster som jag själv och när hen sköter mina ärenden får hen tillgång till samma uppgifter i primärvårdens patientregister som jag själv inklusive den vårdrespons och de utlåtanden som har kommit till primärvården från den specialiserade sjukvården.

Tidsbokning

Kundavgifter

Laboratorieresultat

Genomförande av läkemedelsbehandling

Patientuppgifter/Uppgifter i patientdokument

Hälso-, vård- eller rehabiliteringsplan

Vårdrespons och utlåtanden från den specialiserade sjukvården

Annat, vad?

3. Begränsningar i fullmakten

Denna fullmakt gäller inte följande tjänster och innehåll inom primärvården (specificera fullmaktens omfattning och innehåll noggrant):

4. Fullmaktens giltighetstid

Fullmakten är i kraft tills vidare fr.o.m.

Fullmakten är i kraft fr.o.m. t.o.m.

Fullmakten kan, om man så önskar, återtas genom att meddela därom med ett fritt formulerat skriftligt meddelande till ett verksamhetsställe inom primärhälsovården.

5. Fullmaktshavarens uppgifter

Personbeteckning: *

Efternamn och alla förnamn: *

Gatuadress: *

Postnummer och postanstalt: *

Telefonnummer: *

6. Datum och underskrift

Datum:

Fullmaktsgivarens underskrift och namnförtydligande:

7. Inlämnande av fullmakten

Fullmakten lämnas personligen in till ett verksamhetsställe inom primärhälsovården. Fullmakten behandlas inom sju vardagar.

Ifall fullmaktshavaren lämnar in fullmakten på fullmaktsgivarens vägnar, behövs det två myndiga, ojäviga vittnen, vilkas uppgifter ska anges i följande punkter. Vittnena ska också styrka uppgifternas riktighet med sin egen underskrift.

Vittnens uppgifter

1. Person

Personbeteckning:

Namn:

Telefonnummer:

Underskrift:

2. Person

Personbeteckning:

Namn:

Telefonnummer:

Underskrift:

När fullmakten lämnas in fyller mottagaren av fullmakten i:

Vem som lämnade in fullmakten: fullmaktsgivaren fullmaktshavaren

Identiteten har verifierats: körkort identitetskort

pass annat, vad

Vem som tog emot fullmakten:

Namn: Beteckning:

Enhet: Datum:

Underskrift: Fullmakten sparas: