1

**Fullmakt för uträttande av ärenden för annans räkning**

**Fullmaktsgivarens uppgifter**

|  |  |
| --- | --- |
| Förnamn och efternamn | Personbeteckning |

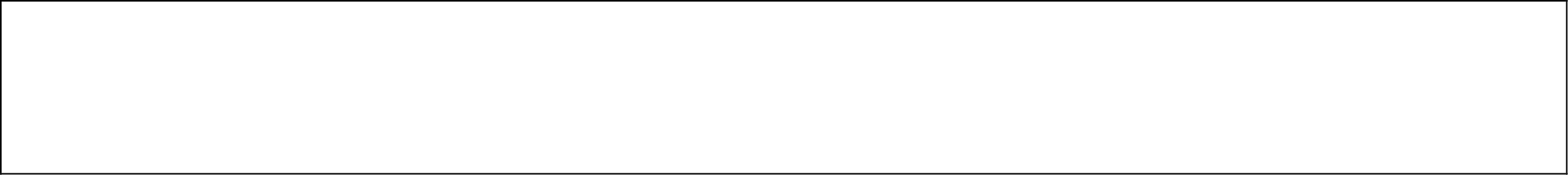
Den befullmäktigades uppgifter

|  |  |
| --- | --- |
| Förnamn och efternamn | Personbeteckning |
| Adress | |
| Postnummer och postanstalt | Telefon |

**Fullmaktens omfattning**

|  |
| --- |
| Jag ger ovannämnda person fullmakt att uträtta ärenden för min räkning vid Studenternas hälsovårdsstiftelse (SHVS).  Den befullmäktigade personen kan göra följande |
| 🞎 ställa frågor om, boka eller flytta bokade tider |
| 🞎 ställa frågor om undersökningsresultat |
| 🞎 uträtta ärenden relaterade till läkemedelsbehandling, gäller även Receptcentret (Kanta-tjänsterna) |
| * förnya och makulera recept, begära en sammanställning av recept, säkerställa att läkemedelsbehandlingen är säker |
| 🞎 begära journalhandlingar |
| 🞎 sköta betalningsärenden |

**Begränsningar som gäller fullmakten** (skriv ner ärenden som fullmakten inte omfattar eller precisera fullmakten till att endast gälla nedan nämnda ärenden).



**Fullmaktens giltighet**

Fullmakten är giltig till och med \_/\_\_20\_\_ (max 2 år)

**Fullmaktsgivarens underskrift**

Datum \_\_\_/\_\_\_\_20 \_\_\_ Fullmaktsgivarens underskrift och namnförtydligande

**Vittnen** (krävs om fullmaktsgivaren inte kan besöka SHVS serviceställe för att styrka sin identitet)

|  |  |
| --- | --- |
| Datum \_\_\_/\_\_\_ 20\_\_\_ | Datum \_\_\_/\_\_\_ 20\_\_\_ |
| Underskrift och namnförtydligande | Underskrift och namnförtydligande |

Fullmakten arkiveras som en bilaga till patientens/kundens uppgifter i patientregistret.

Jag är medveten om att jag skriftligt kan återkalla denna fullmakt om jag vill (separat blankett).

Jag är också medveten om att den person jag nämner i fullmakten i samband med tidsbokning kan ge ut uppgifter som kategoriseras som patientuppgifter, såsom orsaken till tidsbokningen, samt förhandsuppgifter relaterade till tidsbokningen.

**Servicestället fyller i**

Fullmaktsgivarens/den befullmäktigades identitet måste styrkas med ett bildförsett identitetsbevis. Identiteten styrkt genom:

🞎 Pass

🞎 Bildförsett identitetskort beviljat av polisen

Serviceställe där mottagaren av fullmakten arbetar:

Namn på mottagaren av fullmakten: