

Fullmakt för utlämnande av journal

Jag ger härmed Beställaren Familjetandvården Sölvesborg AB (Org. nr 559213-0560) rätt att uthämta journal från annan Vårdgivare som bedrivit/bedriver tandvård. Beställaren får hämta journalen i den form och den omfattning Beställaren önskar.

Välj ett av följande alternativ (obligatorisk):

- Jag önskar inte specificera vilken vårdgivare Beställaren får hämta från.
- Beställaren får endast uthämta journal från följande vårdgivare:

Klinikens namn:

Klinikens adress:

Klinikens telefonnummer:

Mitt namn

Mitt personnummer

Ort & Datum

Fullmakten lämnas hos eller postas till
Familjetandvården Sölvesborg AB
Skeppsbrogatan 1
294 31 Sölvesborg

Signerad fullmakt kan också skickas via e-mail till
reception@familjetandvarden.se

