# Fullmaktserklæring

Fullmakten regulerer samhandlingen mellom fullmaktshaver og

helse- og omsorgstjenesten i Sandnes kommune.

Jeg

Fornavn/Etternavn: ………………………………………………………………………….

Fødselsdato: ………………………………

gir herved

Fornavn/Etternavn: …………………………………………………………………………

fullmakt til å ivareta: (sett kryss)

* Sende inn søknad og motta svar.
* Sende inn og motta helseopplysninger og andre opplysninger som er nødvendig i forbindelse med søknadsbehandlingen.
* Sende inn og motta helseopplysninger og andre opplysninger som er nødvendig etter eventuell oppstart av tjeneste.
* Kopi av post i forbindelse med søknadsbehandlingen.
* Kopi av post etter oppstart av eventuell tjeneste.
* Motta/behandle faktura knyttet til eventuell tjeneste.

Sted…………………………………………………………… Dato………………………………

Signatur bruker/pasient: ……………………………………………………………

Signatur fullmaktshaver: ………………………………………………………….