



Fullmakt – Nordre Follo kommune

Dette skjemaet bruker du når du vil at en annen person skal hjelpe deg og ha kontakt med de ansatte i helse- og omsorgstjenesten i Nordre Follo kommune.

1. Om deg som gir fullmakt

Navn: _____

Fødsels- og personnummer (11 tall): _____

2. Hvem skal hjelpe deg? (den som får fullmakt)

Navn: _____

Fødsels- og personnummer (11 tall): _____

Hvem er dette i forhold til meg (for eksempel familie eller venn): _____

3. Hva gir jeg fullmakt til?

Jeg gir personen som skal hjelpe meg lov til å representere meg når de kontakter helse- og omsorgstjenestene i Nordre Follo kommune. Det betyr at denne personen kan snakke med de ansatte, være med i møter og få informasjon om meg.

4. Hvor lenge gjelder fullmakten?

Fullmakten gjelder til jeg selv sier ifra at den ikke gjør det lenger

Fullmakten gjelder frem til denne datoen: _____

5. Dato og signatur

Sted og dato: _____

Din signatur: _____

Navn skrevet med store bokstaver: _____



Nordre Follo
kommune

Opplysninger

Nordre Follo kommune bruker og lagrer informasjonen i dette skjemaet på en trygg måte og følger reglene om personvern.

Lover og regler

Denne fullmakten følger reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 og 3-3, forvaltningsloven § 12 og helsepersonelloven § 22.

Du leverer eller viser skjemaet til de som skal hjelpe deg i Nordre Follo kommune.