



Denne fuldmagt kan benyttes, hvis du ønsker at give en anden tilladelse til at klage på dine vegne. Når du har givet fuldmagt, vil vi ikke længere skrive til dig, men til den person som har fået fuldmagt fra dig.

Personen får derfor tilsendt det journalmateriale, som vi bruger i sagsbehandlingen. Du skal med andre ord være opmærksom på, at du med denne fuldmagt giver en anden person lov til at se fortrolige oplysninger om dig.

Du kan til en hver tid trække din fuldmagt tilbage ved at kontakte os.

**Du skal underskrive denne fuldmagt i hånden og sende den til os i elektronisk form fx ved at scanne den eller tage et billede af den.**

### Fuldmagt

Mit navn:	
Mit CPR.nr:	
Mit telefonnr.:	
Jeg giver hermed fuldmagt til:	
Navn:	
Adresse:	
Telefonnr.:	
<b>Jeg giver hermed ovenstående person fuldmagt til på mine vegne at klage til Styrelsen for Patientsikkerhed, og til at varetage mine interesser i forbindelse med sagens behandling.</b>	
Dato	Min håndskrevne underskrift

Styrelsen for  
Patientsikkerhed  
Patientklagekontoret

Finsensvej 15  
2000 Frederiksberg

Dir. tlf. +45 7228 6765  
Telefontid: 10:00-14:00

Mail: [stps@stps.dk](mailto:stps@stps.dk)  
Hjemmeside: [www.stps.dk](http://www.stps.dk)