

## Fullmakt

Undertecknad ger nedanstående person (ombud) fullmakt att företräda mig (patient) samt att få ta del av samtliga handlingar i mitt ärende hos patientnämnden och dess förvaltning i Region Uppsala. Fullmakten gäller i ett år från dagen för min underskrift eller tills den återkallas.

### Ombud

<b>Namn</b>	<b>Personnummer</b>
<b>Adress</b>	<b>Postnummer och ort</b>
<b>Telefon</b>	<b>Mobiltelefon</b>

### Patient

<b>Namn</b>	<b>Personnummer</b>
<b>Patientens underskrift</b>	<b>Ort och datum</b>

Inkomna synpunkter registreras i patientnämndens diarium. Synpunkterna sammanfattas och delges oidentifierade till berörd vårdverksamhet samt tjänstepersoner i syfte att bidra till ökad kvalitet och patientsäkerhet. Samtliga inkomna handlingar är en offentlig handling och ska efter att personuppgifter och andra känsliga uppgifter tagits bort, lämnas ut på begäran.

Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och dataskyddsförordningen (GDPR) gäller hos patientnämnden och dess förvaltning.

Så behandlar Region Uppsala dina personuppgifter:

[Behandling av personuppgifter \(regionuppsala.se\)](https://www.regionuppsala.se/Behandling-av-personuppgifter)