



FOLK  
TAND  
VÅRDEN  
SKÅNE

## Fullmakt till utlämning av sekretesskyddade uppgifter från Folktandvården Skåne AB - barn

Härmed begär vi att kopior av vårt barns journalhandlingar, inklusive  
röntgenbilder, sänds till:

.....  
Tandläkare, namn

.....  
Klinikens gatuadress

.....  
Postnummer, ort

### Vårt barn heter:

.....  
Fullständigt namn

.....  
Personnummer 10 siffror

.....  
Ort, datum

.....  
Ort, datum

.....  
Namnteckning vårdnadshavare 1

.....  
Namnteckning vårdnadshavare 2

.....  
Namnförtydligande 1

.....  
Namnförtydligande 2