



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:

.....
Vårdnadshavare

.....
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