



FOLK
TAND
VÅRDEN
SKÅNE

Fullmakt för utlämning av sekretesskyddade uppgifter från Folk tandvården Skåne AB

Härmed begär jag att kopior av journalhandlingar, inklusive röntgenbilder, sänds
till:

.....
Tandläkare, namn

.....
Klinikens gatuadress

.....
Postnummer, ort

Patient:

.....
Fullständigt namn

.....
Personnummer 10 siffror

.....
Namnteckning

God man/förvaltare/förmyndare:

.....
Namnteckning

.....
Namnförtydligande

.....
Ort, datum