

Fullmakt för (fullmäktig) att hos Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (Patientförsäkringen LÖF), organisationsnummer 516401-8557, företräda mig och i övrigt vidta de åtgärder som är nödvändiga i samband med min (fullmaktsgivarens) anmälan om behandlingsskada/patientskada för:

Namn: Personnummer:

Fullmakten innefattar även rätten att ta del av sjukjournaler, läkarintyg och registerhandlingar.

Fullmäktig (ombud)

För- och efternamn	Telefon (inklusive riktnummer)
Utdelningsadress postnummer och ort	

Fullmaktsgivare (den skadade)

Fullmaktsgivarens underskrift	Ort och datum
Namnförtydligande	