

## Min Sundhedsplatform Fuldmagt

Jeg, [Fulde navn], født den [fødselsdato] og med CPR-nummer [CPR-nummer], bosat på [adresse], giver hermed fuldmagt til [Fulde navn på den person, som fuldmagten gives til], født den [fødselsdato] og med CPR-nummer [CPR-nummer] til at handle på mine vegne i forbindelse med Min Sundhedsplatform.

Denne fuldmagt giver [Fulde navn på den bemyndigede] ret til at:

1. Få adgang til mine sundhedsoplysninger, herunder, men ikke begrænset til, medicinske journaler, prøvesvar og behandlingsplaner.
2. Foretage ændringer eller opdateringer af mine oplysninger på Min Sundhedsplatform.
3. Træffe beslutninger om sundhedsmæssige anliggender på mine vegne, i overensstemmelse med mine ønsker.

Denne fuldmagt træder i kraft den [startdato] og gælder indtil [slutdato eller "indtil den tilbagekaldes skriftligt"].

Udfyldt og underskrevet den [dato] i [sted].

---

[Underskrift]  
[Fulde navn]  
[CPR-nummer]

---

[Underskrift]  
[Fulde navn på den bemyndigede]  
[CPR-nummer]

\*Bemærk: Det anbefales at få fuldmagten bekræftet af en notar for yderligere gyldighed.\*