



Fuldmagt til deling af sundhedsoplysninger

Undertegnede (fuldmagtsgiver)

Navn: _____

Cpr. nr.: _____

Giver hermed (partsrepræsentant)

Navn: _____

Telefonnummer: _____

Eventuel relation til fuldmagtsgiver: _____

Tilladelse til at handle på mine vegne i forbindelse med bestilling/
ændring/ aflysning af tider og til at få udleveret øvrige
journaloplysninger om mig fra Børne- og Ungdomstandplejen i
Københavns Kommune.

Fuldmagten er gældende indtil

Dato: _____

Jeg kan til enhver tid tilbagekalde fuldmagten ved at oplyse min
partsrepræsentant og Børne- og Ungdomstandplejen herom.

Øvrige bemærkninger: _____

Dato: _____ Underskrift: _____

Fuldmagten skal sendes via [digital post til Børne- og
Ungdomstandplejen](#) eller via [Tandplejens kontaktformular](#).
Find også kontaktoplysninger på www.tandplejen.kk.dk/kontakt.

**Børne- og
Ungdomstandplejen**
Telefon: 35 30 39 60

Almindelig tandpleje (tast 1)
Hverdage: 8.00-12.00
Akut henvendelse:
Hverdage: 8.00-15.00

Tandregulering (tast 2)
Mandage: 8.00-15.00
Tirsdage-fredage: 8.00-12.00
Akut henvendelse:
Hverdage: 8.00-15.00

[Skriv til os via borger.dk](#)
www.tandplejen.kk.dk
[Akut nødhjælp](#)