

Undertecknad ger härmed nedanstående person-/er fullmakt att för min räkning på valfritt apotek¹:

- Beställa och hämta ut receptförskrivna läkemedel eller varor.
- Hämta en översikt över alla mina elektroniskt sparade recept i receptregistret.
- Lämna samtycke till registrering i Högkostnadsdatabasen, 6 § lagen (1996:1156) om receptregister.
- Lämna samtycke till att eHälsomyndigheten sparar mina recept elektroniskt, 6 § lagen (1996:1156) om receptregister.

**Lämna fullmakten till valfritt apotek¹.
Ta med legitimation.**

Läs igenom och fyll i nedanstående uppgifter. Lämna in fullmakten till valfritt apotek¹.

Angivna uppgifter på denna fullmaktssblankett kommer att sparas elektroniskt av eHälsomyndigheten under förutsättning att:

- Inga ändringar gjorts på blanketten.
- Fullmaktsgivare och fullmaktstagare är folkbokförda i Sverige.
- Fullmaktsgivare och/eller fullmaktstagare inte har skyddad identitet.
- Fullmaktsgivarens legitimation uppvisats vid inlämnande av fullmaktssblanketten.

Lämnar fullmaktstagaren in blanketten måste både fullmaktstagarens och fullmaktsgivarens legitimation uppvisas.

Den elektroniska fullmakten är giltig på alla apotek¹.

Om ändringar gjorts på blanketten kan den endast användas som en fullmakt i pappersformat som uppvisas på lokalt apotek¹.

eHälsomyndigheten samkör uppgifter ur fullmaktssregistret med folkbokföringsregistret för att personuppgifterna ska vara korrekta.

Behandling av personuppgifter sker i enlighet med personuppgiftslagen (1998:204).

Fullmakt ska gälla för: (OBS! Stryk över rader om de inte fylls i)

För- och efternamn	Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-NNNN)	<input type="checkbox"/> *
För- och efternamn	Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-NNNN)	<input type="checkbox"/> *
För- och efternamn	Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-NNNN)	<input type="checkbox"/> *
För- och efternamn	Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-NNNN)	<input type="checkbox"/> *

Giltighet (Kryssa endast ett alternativ)

- Tills vidare Till och med datum _____

Fullmaktsgivare

För- och efternamn	Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-NNNN)	<input type="checkbox"/> *
Telefon vid eventuell kontakt (även riktnr)		

Underskrift

Namnteckning	Ort och datum	Namnförtydligande
_____	_____	_____

Apotekets anteckningar

Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-NNNN)	<input type="checkbox"/> *
Apotekets namn och ort	Apoteks-id (GLN-kod)
_____	_____

* Apotekets anteckningar: Legitimation kontrollerad.

¹ Apotek anslutet till eHälsomyndighetens tjänst för hantering av fullmakter.

Information till dig som är fullmaktsgivare/fullmaktstagare.

Angivna uppgifter på denna fullmaktsblankett kommer att sparas elektroniskt av eHälsomyndigheten, för att fullmakten ska kunna användas av fullmaktstagare på alla apotek¹ verksamma i Sverige.

Om eHälsomyndigheten

eHälsomyndigheten ska genom att samordna utvecklingen av nationell e-hälsa bidra till en bättre vård, omsorg och hälsa. Vår verksamhet är inriktad på att skapa delaktighet för invånare samt ge stöd till yrkesverksamma och beslutsfattare.

Vem har rätt att nyttja denna fullmakt och för vilka ändamål?

Uppgifter ur receptregistret utlämnas i rapportformat som fastställs av eHälsomyndigheten.

Var får fullmakten användas?

Denna fullmakt får användas på valfritt apotek¹ som har tillstånd att bedriva apoteksverksamhet i Sverige. Fullmakten är inte begränsad till det apotek¹ fullmakten lämnades in till. Vid registrering lagras fullmakten elektroniskt hos eHälsomyndigheten och blir därmed tillgänglig för alla apotek¹ i Sverige.

Vilka personuppgifter registreras i fullmaktregistret och under hur lång tid?

eHälsomyndigheten lagrar de uppgifter som angetts på fullmakten avseende fullmaktsgivaren och fullmaktstagaren samt vissa administrativa uppgifter för spårbarhet och säkerhet. Uppgifterna lagras hos eHälsomyndigheten så länge fullmakten är giltig, samt ytterligare 15 månader. Undantag: om fullmaktsgivaren och/eller fullmaktstagaren får skyddad identitet avslutas fullmakten och uppgifterna om fullmakten gallras efter 3 månader. I och med undertecknande av denna fullmakt samtycker fullmaktsgivare till denna behandling hos eHälsomyndigheten. I och med undertecknande av denna blankett tar fullmaktsgivare ansvar för att informera fullmaktstagare om vilken information som lagras om dem i fullmaktregistret och erhålla deras samtycke för registreringen. Både hos eHälsomyndigheten och på apoteken¹ är det bara behöriga som får ta del av dina personuppgifter. Behörigheten att ta del av dina uppgifter är begränsad till vad som behövs för att en användare ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter.

Kontaktuppgifter

eHälsomyndigheten är ansvarig för den behandling vi gör av dina personuppgifter. Vill du ha mer information om registret eller har frågor om registerutdrag hänvisas till www.ehalsomyndigheten.se eller eHälsomyndigheten, Personuppgiftsombudet, c/o Registrator, Ringvägen 100, 118 60 Stockholm. Du når oss också via e-post: registrator@ehalsomyndigheten.se eller på telefon: 0771-76 62 00 helgfri vardag mellan kl 08 och 18.

Vid frågor om exempelvis inlämning eller registrering av blankett kontakta lokalt apotek¹ alternativt deras kundtjänst.

¹ Apotek anslutet till eHälsomyndighetens tjänst för hantering av fullmakter.