

**ÅTERKALLANDE AV SAMTYCKE
/ Hälso- och sjukvården samt apoteken**

Återkallande av samtycke som gäller elektroniska recept



Patientens namn och personbeteckning

**Patientens företrädares namn och personbeteckning eller namnet på den service-
producent som tillhandahållit serviceboende eller hemvård**

Den aktuella hälso- och sjukvårdsenheten eller apoteket

(hälso- och sjukvårdsenhetens eller apotekets namn)

Jag återkallar det samtycke som jag gav _____

(signeringsdatum för samtycke)

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande

(patienten eller dennes lagliga företrädare)

Lämna in blanketten för återkallande av samtycke till den aktuella hälso- och sjukvårds-
enheten eller apoteket.