

BLANKET TIL TILBAGEKALDELSE AF BEHANDLINGSTESTAMENTE

CPR-NUMMER: _____

NAVN: _____

GADE: _____

POSTNR./BY: _____

DATO: _____

Tilbagekaldelse af Behandlingstestamente

Sæt kryds:

Jeg ønsker at tilbagekalde mit Behandlingstestamente

Underskrift:

Den underskrevne papirformular med afkrydsning lægges i kuvert og sendes til:

Behandlingstestamenteregisteret
Sundhedsdatastyrelsen
Ørestads Boulevard 5
2300 København S

Eller indscannes og sendes til: sikkerpost_lob@sundhedsdata.dk