

BLANKET TIL TILBAGEKALDELSE AF BEHANDLINGSTESTAMENTE

CPR-nummer:

							-				
--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

Navn: _____

Gade: _____

Postnr. og 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 sikkert via Digital Post til Sundhedsdatastyrelsens Livs- og Behandlingstestamenteregisteret på borger.dk. Du kan finde vejledning til afsendelse med Digital Post på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside under 'Behandlingstestamente'.