

FULLMAKT VED UMLEVERING AV JOURNALKOPI/ PASIENTOPPLYSNINGER

Navn på pasient:.....

Evt. navneetikett:

Fødsels- og personnr. (11 siffer):.....

Vi har mottatt forespørsel fra (*pasienten selv/ andre på vegne av pasienten*):

..... om utskrift/ kopi av pasientjournal/ pasientopplysninger
for perioden (*dato fra/ til*): Evt. avdeling:

Før vi kan utlevere utskrift / kopi av pasientjournal/ pasientopplysninger, må vi i henhold til "Forskrift om pasientjournal" og «Pasient- og brukerrettighetsloven», innhente samtykke fra pasienten selv eller nærmeste pårørende (også hvis pasienten er død). For å dokumentere at samtykke er gitt, må pasient eller nærmeste pårørende signere på dette fullmaktsskjemaet:

Fylles ut av pasient eller nærmeste pårørende:

Sted/ dato:

Adresse (*journal kopi/pasientopplysninger sendes hjem til pasientens adresse eller til nærmeste pårørende eller til advokatkontor/ myndighetsorgan etc*):

.....

Signatur pasient eller nærmeste pårørende:.....

Signert fullmakt returneres til Volvat pr. brev så snart som mulig. (Pga personvern hensyn skal ikke mail benyttes). Returadresse: Se nederst i fullmakten.

Fylles ut av Volvat Medisinske Senter AS:

Utlevert/ sendt dato:.....

Utført av (signatur):

Signatur av lege som har godkjent:

Ved personlig fremmøte må pasient eller nærmeste pårørende vise legitimasjon. Ansatt signerer på at legitimasjon er vist:

Returadresse:

Volvat Medisinske Senter:

Borgenveien 2A
P.B. 5280 Majorstuen
0303 Oslo