**Skjema for fullmakt til Ålesund kommune – innsyn i pasientjournal**

Dette skjemaet kan du bruke dersom du ønsker å gi en annen person fullmakt til å få innsyn i din pasientjournal. Den du gir fullmakt til vil kunne få tilgang til opplysninger som er registrert om deg i Ålesund kommunes helse- og omsorgstjeneste. Vedkommende vil også kunne be om retting og sletting av opplysninger.

**Opplysninger om deg som gir fullmakt**

|  |
| --- |
| Navn: |
| Personnummer (11 siffer): |

**Opplysninger om den som får fullmakta**

|  |
| --- |
| Navn: |
| Personnummer (11 siffer): |

|  |
| --- |
| **Hvilken del av journalen skal den som får fullmakta kunne be om kopi av** |
| Fra siste innleggelse/ konsultasjon |
| Fra en eller flere innleggelser eller perioder. Oppi tidsrom for innleggelse/ periode/ konsultasjon: |
| Fra en eller flere virksomheter. Oppgi avdeling/ virksomhet/ enhet: |
| Fra alle innleggelser/ konsultasjoner |
| **Er det opplysninger du ikke ønsker at den som får fullmakta skal ha innsyn i?**  Beskriv evt.: |
| **Skal den som får fullmakta kunne be om retting og sletting av opplysninger vedkommende er gitt innsyn i?** |
| Ja |
| Nei |
| Delvis, beskriv: |

|  |
| --- |
| **Ytterligere dokumentasjon den som får fullmakta kan be om kopi av:** |
|  |

**Sluttdato**

Velg om du vil at fullmakten skal gjelde på ubestemt tid eller utløpe en gitt dato

Ubestemt tid

Dato:

|  |
| --- |
|  |

**Nødvendig dokumentasjon**

Jeg har lagt ved kopi av legitimasjon

Godkjent dokumentasjon kan være førerkort, pass eller nasjonalt ID-kort (husk å kopiere begge sider). Vi godtar ikke legitimasjon som er utgått.

**Underskrift av deg som gir fullmakt**

|  |
| --- |
| Sted og dato: |
| Underskrift: |