**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:  |