

Samtykke til innsyn i helseopplysninger

Kommunalt pasient- og brukerregister

Jeg samtykker herved til at følgende person i helsetjenesten på mine vegne kan be om innsyn i de helseopplysninger kommunalt pasient- og brukerregisterregister måtte inneha om meg:

Navn	
Adresse	
Postadresse	
Telefonnummer	
Mobilnummer	
E-post adresse	
Helsetjeneste	

Sted

Dato

Signatur lege/behandler

Jeg er kjent med at helseopplysningene blir sendt rekommandert til min adresse og bekrefter overnevnte opplysninger:

Sted

Dato

Signatur pasient