**FULLMAKT**

|  |  |
| --- | --- |
| Navn |  |
| Personnummer |  |

 samtykker til at

|  |  |
| --- | --- |
| Navn |  |
| Personnummer |  |

 Gis fullmakt til følgende (sett kryss):

 \_\_ Endre/slette timer

 \_\_ Booke timer

 \_\_ Informasjon om forberedelser til undersøkelser

 \_\_ Få kopi av svarrapport for utførte undersøkelser

 \_\_ Tilgang til informasjon i min journal fra henvisere og helsepersonell

|  |  |
| --- | --- |
| Signatur |  |
| Dato |  |
| Fullmakt gyldig til: |  |

Identifikasjon med bilde av begge parter skal vedlegges fullmakten.