**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.