

Fullmakt/samtykke for administrering av timeavtaler og/eller deling av medisinske opplysninger.

Samtykke/fullmakt er et krav når pasienter/kunder over 16 år ønsker at andre/pårørende skal ordne/ ha innsyn i timeavtaler og medisinske opplysninger.

Samtykkeskjema scannes inn i journalen som «samtykke/fullmakt til pasienten/kunden» og er gjeldende ett år.

Uten ditt samtykke kan vi av hensyn til personvernforordningen ikke utlevere dine medisinske opplysninger, og dermed ikke snakke med andre enn deg om din sykdom og behandling.

Dersom du ønsker å gi pårørende eller andre tillatelse til å føre saken for deg slik at vedkommende ved behov kan ta seg av dialogen med kundebehandler hos Volvat, kan du gjøre det ved å fylle ut og signere dette skjema.

Fullmakten kan til enhver tid trekkes tilbake.
Dette må gjøres skriftlig.

Opplysninger om pasienten/kunden:

Navn:

Fødselsnummer:

Adresse:

Postnummer/sted:

Opplysninger om personen som gis fullmakt:

Navn:

Fødselsnummer:

Adresse:

Postnummer/sted:

Telefon:

E.post:

Jeg gir herved personen som er oppført under «opplysninger om personen som gis fullmakten» fullmakt til følgende. (sett kryss i boksen på det som er aktuelt)

1. Administrere mine timeavtaler
2. Få utlevert mine medisinske opplysninger

Sted, dato:

Pasienten/kundens signatur: