



ARKIVVERKET

Fullmakt for innhenting av helseopplysninger fra Norsk helsearkiv

*Fylles ut av pårørende som ønsker å gi helsepersonell tillatelse
til å få innsyn i avdød slektnings pasientjournal*

Jeg samtykker herved til at _____ [navn på
helsepersonell] kan be om innsyn i pasientjournalen til:

_____ [navn på avdød slektning]

med fødselsdato og personnummer (hvis det finnes):

Journalen bes sendt til følgende adresse: _____

Ditt navn med blokkbokstaver

Ditt fødselsnummer (11 sifre)

Signatur

Dato

NB: Samtykkeskjema vedlegges innsynsforespørsel til Norsk helsearkiv.