



ARKIVVERKET

Fullmakt til innsyn i helseopplysninger fra Norsk helsearkiv

Jeg samtykker herved til at _____ [navn på person]

på mine vegne kan be om innsyn i pasientjournalen til

_____ [navn på avdød slektning] med

fødselsdato og personnummer (hvis det finnes):

Ditt navn med blokkbokstaver

Ditt fødselsnummer (11 sifre)

Din signatur

Dato

Sendes i brevpost med innsynsforespørselskjema til:
Norsk helsearkiv v/Arkivverket, Postboks 4013, Ullevål Stadion, 0806 Oslo