



**Sola  
kommune**

## **Fullmaktserklæring**

Fullmakten regulerer samhandlingen mellom fullmaktshaver og helse- og omsorgstjenesten i Sola kommune.

### **Jeg**

Fornavn/Etternavn: .....

Fødselsdato: .....

### **gir herved**

Fornavn/Etternavn: .....

### **fullmakt til å ivareta:**

Utveksling av helseopplysninger  
Post/fakturamottak

Han/hun kan få alle opplysninger vedkommende har bruk for uten av dette er til hinder for lovpålagt taushetsplikt jf. helsepersonelloven § 21 og pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6.

Sted..... Dato.....

Signatur bruker/pasient: .....

Signatur fullmaktshaver: .....