



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.

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: