



## 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 | <input type="checkbox"/> |
| Økonomiske forpliktelser        | <input type="checkbox"/> |
| Post/fakturamottak              | <input type="checkbox"/> |

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: .....