Helsedirektoratet

# Samtykke til innsyn i helseopplysninger

**Norsk pasientregister**

Jeg samtykker herved til at følgende person i helsetjenesten på mine vegne kan be om innsyn i de helseopplysninger Norsk pasientregister måtte inneha om meg:

| | |
|---|---|
| Navn | |
| Adresse | |
| Postadresse | |
| Telefonnummer | |
| Mobilnummer | |
| E-post adresse | |
| Helsetjeneste | |

Sted Dato Signatur lege/behandler

Jeg er kjent med at helseopplysningene blir sendt rekommandert til min adresse og bekrefter overnevnte opplysninger:

Sted Dato Signatur pasient