

# INNSYNSBEGJÆRING

Norsk pasientregister



*Dette skjema benyttes ved forespørsel om innsyn i helseopplysninger hos Norsk pasientregister. Det er svært viktig at forklaringer til skjemaet leses nøye og at feltene i skjemaet fylles ut korrekt. Norsk pasientregister kan ikke utlevere helseopplysninger på forespørsler som er mangelfulle eller som inneholder feil opplysninger.*

|                       |                                     |   |
|-----------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Jeg ber med dette om innsyn opplysninger som er registrert om meg i Norsk pasientregister.<br><i>Dette gjør jeg med hjemmel i helseregisterloven § 22 andre ledd.</i> |
|-----------------------|-------------------------------------|---|

|                       |                                     |  |
|-----------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Jeg/vi ber med dette om innsyn i de opplysninger som måtte være registrert om vårt barn(under 16 år) i Norsk pasientregister.<br><i>Dette gjør jeg med hjemmel i helseregisterloven § 22 andre ledd.</i> |
|-----------------------|-------------------------------------|--|

|                       |                                     |  |
|-----------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Jeg gir med vedlagte samtykkeskjema anledning til at lege/behandler på vegne av meg kan hente ut opplysninger som er registrert om meg i Norsk pasientregister.. |
|-----------------------|-------------------------------------|--|

|   |
|---|
| Navn                                    |
| Fødselsnummer (alle 11 sifre må oppgis) |
| Gateadresse                             |
| Postnummer- og sted                     |
| Telefon/Mobiltelefon                    |

*Dine personalia vil bli kontrollert mot- og må være i samsvar med folkeregisterets data.*

Dersom du som pasient er under 16 år, skal også foresatte informeres.

| 1. foresatte                            |  | 2. foresatte                            |  |
|---|--|---|--|
| Navn                                    |  | Navn                                    |  |
| Fødselsnummer (alle 11 sifre må oppgis) |  | Fødselsnummer (alle 11 sifre må oppgis) |  |
| Gateadresse                             |  | Gateadresse                             |  |
| Postnr.- og sted                        |  | Postnr.- og sted                        |  |
| Signatur                                |  | Signatur                                |  |

Dersom du som pasient er mellom 12 og 16 år, skal opplysninger IKKE gis til foreldre eller andre med foreldreansvaret dersom du av grunner som bør respekteres, ikke ønsker dette.

|   |
|---|
| Angi i så fall din begrunnelse for dette her: <i>(bruk om nødvendig eget ark)</i> |
|---|

|      |      |             |
|------|------|-------------|
| Sted | Dato | Underskrift |
|------|------|-------------|

Skjemata for innsynsbegjæring sendes:

**Helsedirektoratet**, Postboks 7000 – St. Olavs plass, 0130 OSLO og merkes "Arkivet"

*Svar på denne innsynsbegjæring vil bli sendt rekommandert til den- eller de oppgitte adresser som er registrert i folkeregisteret.*