

**Fullmaktserklæring**

Fullmakten regulerer samhandlingen mellom fullmaktshaver og helse- og omsorgstjenesten i Farsund 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: …………………………………………………………..