



## Fullmakt for innhenting av opplysninger

### Personalialia

<b>Navn:</b>	<b>Fødselsnummer:</b>
<b>Nærmeste pårørende:</b>	

### Fullmakten gjelder følgende:

Jeg gir Nannestad kommune ved avdeling/enhet: \_\_\_\_\_ fullmakt til å innhente opplysninger om meg selv. Fullmakten gjelder opplysninger som avdelingen/enheten anser nødvendige for behandlingen. Jeg gir videre samtykke til at avdelingen/enheten kan fremlegge opplysninger for aktuelle instanser.

Dersom du ønsker eventuelle begrensninger i hvem vi kan innhente opplysninger fra, eller dele opplysninger med, ber vi om at du spesifiserer det her:

---

---

Dersom du ønsker at vi skal gi opplysninger om deg til andre, ber vi om at du fyller ut navnet på personen(e) her:

---

Ved manglende samtykkekompetanse gis fullmakt av:

---

Fullmakten gjelder til saken(e) er avsluttet, men kan fritt trekkes tilbake helt eller delvis når som helst.

**Sted og dato**

**Underskrift**



- Alle ansatte ved avdelingen/enheten i Nannestad kommune har taushetsplikt om opplysningene vi får om deg (helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1). Opplysningene blir lagret elektronisk.
- For å finne ut av hva du har behov for er avdelingen/enheten avhengig av å samarbeide med andre.
- Du velger selv om du vil avgi fullmakt.
- Du bestemmer selv hvilke opplysninger vi kan dele.
- Du kan nekte at vi får tilgang til enkelte opplysninger.
- Hvilke enheter vi kan be om opplysninger fra, og gi opplysninger til, er det også du som bestemmer.
- Fullmakten varer så lenge det er nødvendig for å tilby forsvarlige, helhetlige og omsorgsfulle tjenester.
- Du kan trekke tilbake fullmakten når som helst.
- Det kan ha mulige konsekvenser for tjenesten dersom adgangen til å innhente og dele opplysninger begrenses fra din side. Du kan kontakte avdelingen/enheten for mer informasjon om hva det vil kunne bety for deg.