Lovgrunnlag for innsyn i pasientjournal: Pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1, § 3-3 og § 3-4

**Mine personalia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fødselsnummer (11 siffer): |  | Telefon: |
| Fullt navn: |  |
| Eventuelle tidligere navn: |  |
| Bilder/beskrivelser sendes til postadresse: |  |

**Jeg ønsker kopi av:**

|  |
| --- |
|[ ]  Mine bilder/ beskrivelser |
|[ ]  Mitt barns bilder/beskrivelser (under 16 år) |
|  | Barnets fødselsnr. (11 siffer): |  |  | Barnets navn: |  |  |
|[ ]  Bilder/ beskrivelser tilhørende: |
|  | Fødselsnr. (11 siffer): |  |  | Navn : |  |  |
|[ ]  Jeg ber om kopi av bilder/ beskrivelser som pasientens nærmeste pårørende, (krever fullmakt fra pasient):

|  |  |
| --- | --- |
| Jeg (pasient) samtykker i at |  |
| får innsyn i mine bilder/beskrivelser |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| signatur pasient |  | signatur pårørende |

 |
|[ ]  Bilder/ beskrivelser tilhørende avdød pasient (Innsyn etter pasientens død, jf. helsepersonelloven § 24): |
|  | Fødselsnr. (11 siffer): |  |  | Navn : |  |  |
|  | [ ]  Jeg ber om innsyn som avdødes nærmeste pårørende |
|  | [ ]  Jeg er ikke nærmeste pårørende. Innsynskravet må begrunnes særskilt her (bruk evt. baksiden): |

|  |
| --- |
| **Jeg ønsker følgende dokumentasjon:** |
| **Sett kryss** | **Angi** undersøkelsesdato eller tidsrom (dd.mm.åååå): | **Angi** undersøkelsestype (røntgen, MR, CT, Ultralyd): |
| [ ]  Bilder [ ]  Beskrivelser |  |  |
| [ ]  Bilder [ ]  Beskrivelser |  |  |
| [ ]  Bilder [ ]  Beskrivelser |  |  |
| [ ]  Bilder [ ]  Beskrivelser |  |  |
| [ ]  Bilder [ ]  Beskrivelser |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dato: |  |
|  | underskrift |

Underskrevet begjæring og eventuell fullmakt sendes til: **Sykehuset Østfold, journalarkivet, pb 300, 1714 Grålum**

Dokumentene sendes som klimanøytral servicepakke. Du får varsel i posten og må hente sendingen på nærmeste postkontor eller i post-i-butikk.