

Samtykke til å gi informasjon til pårørende

Personalialia	Dato:
Namn:	
Fødselsnr:	

Eg samtykker med dette til at det blir gitt informasjon til mine næraste pårørende om:	
Alt som er vurdert som nødvendig og relevant for min situasjon og behandling	<input type="checkbox"/>
Ikkje planlagt avreise (innlegging på annan helseinstitusjon, brutt behandling etc.)	<input type="checkbox"/>

PÅRØRANDE 1			
Namn		Relasjon	
Gateadresse		Telefon	
Postnummer		Postadresse	
PÅRØRANDE 2			
Namn		Relasjon	
Gateadresse		Telefon	
Postnummer		Postadresse	

Samtykket gjeld for dette behandlingsopphaldet, eller fram til at eg trekk samtykket tilbake.

Dato/stad:

Signatur:.....

Samtykkeerklæringa er underskriven i nærvær av (namn og relasjon)

.....