

Den personen/institusjonen du gir en fullmakt kan:

- søke eller kontakte Pasientreiser på dine vegne
- få innsyn i saken din
- motta henvendelser fra Pasientreiser
- motta vedtak

Fullmakten gjelder for ett år av gangen.

1. Opplysninger om den du som pasient gir fullmakt (fullmektigen)

Hvis det er en person som er fullmektig:

| | | |
|--------------------|-----------|------------|
| For- og mellomnavn | Etternavn | |
| Adresse/postboks | | Postnummer |
| Telefonnummer | | |

Hvis det er en institusjon som er fullmektig:

| | | |
|---|--|------------|
| Navn på institusjonen | Telefonnummer | |
| Adresse/postboks | | Postnummer |
| For- og mellomnavn til ansvarlig på institusjonen | Etternavn til ansvarlig på institusjonen | |

2. Hva fullmakten omfatter

| |
|---|
| Jeg gir med dette personen/institusjonen som er nevnt over fullmakt |
| _____ |
| Dato og underskrift |

Jeg samtykker til at Pasientreiser:

- henter inn opplysninger fra databasen for kontroll og utbetaling av helserefusjon (KUHR) og Norsk pasientregister (NPR)
- kan innhente opplysninger og dokumentasjon som er nødvendig for å behandle søknaden
- lagrer opplysninger som er nødvendig i forbindelse med en eventuell tilbakebetalings sak

3. Opplysninger om deg som pasient (fullmaktsgiver)

| | |
|--------------------|---------------------------------------|
| For- og mellomnavn | Etternavn |
| Fødselsnummer | |
| Sted og dato | Signatur pasient/pasientens foresatte |

Hvis pasienten er under 18 år må en foresatt skrive under.