

## Skjema for fullmakt til helsenorge.no på vegne av personer med manglende samtykkekompetanse

Dette skjemaet gir deg som nærmeste pårørende fullmakt til tjenester på helsenorge.no på vegne av en person over 12 år med **manglende samtykkekompetanse\***.

Informasjon om hvilke tjenester som er tilgjengelig ved fullmakt finner du her: <https://helsenorge.no/om-min-helse/slik-representerer-du-andre-paa-helsenorge-no>.

### Veiledning til utfylling av skjema

Du som nærmeste pårørende må fylle ut skjemaet nedenfor, legge ved kopi av legitimasjon, og legge ved utfylt legeerklæring fra fastlegen til personen med manglende samtykkekompetanse. Ved mer enn én nærmeste pårørende er det viktig at begge legger ved legitimasjon og signerer skjemaet.

Det er viktig at feltene i skjemaet fylles ut korrekt. Direktoratet for e-helse kan ikke behandle henvendelsen din hvis skjemaet er mangelfullt, eller hvis det inneholder feil opplysninger. For å være sikker på at fullmakten blir gitt til rette vedkommende, vil opplysningene bli kontrollert av Direktoratet for e-helse. Vi gjør deg oppmerksom på at forsøk på ulovlig tilegnelse av opplysninger vil medføre politianmeldelse.

**Kopi av legitimasjon (kryss av her):**

Dette regnes som godkjent legitimasjon: pass og førerkort.  
Vi godtar ikke utløpt legitimasjon.

**Legeerklæring fra fastlege (kryss av her):**

Legeerklæringen må bekrefte at personen mangler samtykkekompetanse, samt at undertegnede av dette skjema er nærmeste pårørende. Det vil kunne påløpe en utgift fra legen som må dekkes av deg som ber om erklæring og ønsker fullmakten.

### Sluttdato (sett maks ett kryss)

Fullmakten gjelder maksimalt 5 år av gangen. Dersom du ønsker en kortere periode, kan du velge en spesifikk dato. Velg ønsket varighet nedenfor.

5 år

Dato

(dd.mm.åååå):

### Opplysninger om nærmeste pårørende

Pårørende 1	
Navn (skriv tydelig)	Fødselsnummer (11 siffer)
Pårørende 2 (kun ved behov)	
Navn (skriv tydelig)	Fødselsnummer (11 siffer)

### Opplysninger om personen med manglende samtykkekompetanse

Navn (skriv tydelig)	Fødselsnummer (11 siffer)

### Underskrift

Sted og dato	Underskrift nærmeste pårørende 1
Sted og dato	Underskrift nærmeste pårørende 2

**NB:** Direktoratet for e-helse vil sende svar til personen uten samtykkekompetanse med kopi til nærmeste pårørende. Svar vil bli sendt til de folkeregistrerte adresser.

#### Har du spørsmål?

Se mer informasjon om tjenestene på [helsenorge.no](https://helsenorge.no) og fullmakt på <https://helsenorge.no/om-min-helse/tjenester>. Har du spørsmål om utfylling av dette skjemaet, kan du ringe Veiledning helsenorge.no på telefon 23 32 70 00.

#### Skjemaet sendes til:

Direktoratet for e-helse  
Postboks 221 Skøyen  
0213 Oslo