

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 tilbakebetalingssak

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.