

ANMODNING OM AKTINDSIGT I PATIENTJURNALER HOS SOS INTERNATIONAL

Dine oplysninger	
Personnummer:	
Fornavn:	
Efternavn:	
Adresse:	
Postnummer:	
By:	
Land:	
Telefon i dagtimerne:	
E-mail:	
Forbindelse:	<input type="checkbox"/> Jeg søger aktindsigt i mine helbredsoplysninger og patientjournaler <input type="checkbox"/> Jeg søger aktindsigt i mit barns helbredsoplysninger og patientjournaler* <input type="checkbox"/> Jeg søger aktindsigt i helbredsoplysninger og patientjournaler på vegne af en anden person**
Oplysninger vedrørende sagen	
SOS sagsnr.: (f.eks. ABC-123456-001)	
	Hvis du søger aktindsigt som forælder/væрге eller på vegne af en anden person, skal du udfylde nedenstående afsnit om barnet/personen.
Oplysninger om personen	
Personnummer:	
Fornavn:	
Efternavn:	
Adresse:	
Postnummer:	
By:	
Land:	
Telefon i dagtimerne:	
E-mail:	
Kommentarer	
Angiv venligst, om du har nogen kommentarer til din anmodning:	
Underskrift	
Din underskrift.	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Dato:

Vigtige oplysninger vedrørende adgang til helbredsoplysninger og patientjournaler

* Forælder/værge

Som forælder/værge kan du søge aktindsigt på vegne af dit barn, hvis barnet er under den medicinske myndighedsalder (som udgangspunkt 15 år), og du kan dokumentere din tilknytning. Fødselsattest eller dokumentation fra det centrale personregister skal vedlægges din anmodning.

Hvis dit barn er over den medicinske myndighedsalder, skal barnet give sit samtykke ved at udfylde en fuldmagt (se side 3).

** Anmodning på vegne af en anden person

Det er som udgangspunkt kun patienten, der kan få aktindsigt i egne helbredsoplysninger og patientjournaler. Aktindsigt i helbredsoplysninger og patientjournaler på vegne af en anden person kræver skriftlig tilladelse fra patienten. Vedlæg venligst en underskrevet fuldmagt med din anmodning (se side 3).

Hvis patienten ikke er i stand til at udstede en fuldmagt

Udfyld denne formular og forklar, hvorfor patienten ikke er i stand til at udstede en fuldmagt. Vedlæg endvidere dokumentation for din tilknytning til patienten.

Formular og relevante bilag skal indsendes

pr. e-mail:

indsigt@sos.eu

eller

med post:

SOS International
Nitivej 6
DK-2000 Frederiksberg
Att.: Kvalitetsafdelingen

Din anmodning vil blive besvaret indenfor **7 arbejdsdage**.

Hvis det ikke er muligt at besvare din forespørgsel indenfor 7 arbejdsdage, vil vi kontakte dig. Svaret på din anmodning om at få aktindsigt i helbredsoplysninger og patientjournaler vil blive sendt til din e-mail, medmindre andet er angivet.

FULDMAGT TIL AT FÅ ADGANG TIL PATIENTJOURNALER

Oplysninger om patienten (fuldmagtsgiver)	
Navn:	
Personnummer:	
Fulde adresse:	
Oplysninger om indehaveren af fuldmagten	
Navn på indehaveren:	
Personnummer:	
Fulde adresse:	
Forhold til fuldmagtsgiver:	

Jeg, fuldmagtsgiver, giver hermed tilladelse til, at indehaveren af fuldmagten kan søge om aktindsigt i mine helbredsoplysninger og patientjournaler, der er registreret hos SOS International.

Det betyder, at indehaveren af fuldmagten kan få aktindsigt i:

- Alle oplysninger i patientjournaler skrevet af SOS Internationals læger vedrørende den pågældende sag
- Alle oplysninger i patientjournaler og andre medicinske dokumenter modtaget af behandlende læger i udlandet vedrørende den pågældende sag

Underskrift	
Fuldmagtsgivers underskrift:	<hr/>
	Dato: <input type="text"/>