

Umboð fyrir sendingu sjúkraskrár til HSN



Nafn sjúklings/sjúklinga og kennitala:

Nafn: _____ Kennitala: _____ - _____

Nafn: _____ Kennitala: _____ - _____

Nafn: _____ Kennitala: _____ - _____

Nafn: _____ Kennitala: _____ - _____

Nafn: _____ Kennitala: _____ - _____

Ég undirrituð/undirritaður veiti hér með

Læknir/Heilsugæslustöð/Sjúkrahús

fullt umboð til að senda sjúkraskrá mína/fjölskyldu minnar eða upplýsingar úr henni til

Heilbrigðisstofnunar Norðurlands

Starfsstöð: _____

Heimilisfang: _____

Póstnúmer og staður: _____

Undirskrift sjúklings/forsvarsmanns: _____

Vottar að rétttri undirskrift:

Nafn: _____ Kennitala: _____ - _____

Nafn: _____ Kennitala: _____ - _____