

Skjema for å registrere opplysninger i kjernejournal

Dette skjemaet bruker du dersom du ønsker å registrere kontaktpersoner og kommunikasjonsbehov i din kjernejournal på helsenorge.no. Dette kan du også gjøre innlogget på helsenorge.no.

Det kan skje at helsepersonell ikke åpner kjernejournal hver gang de har pasienter til behandling. Sykdommer og nærmeste pårørende bør opplyses til helsepersonell som vanlig.

Hvilke opplysninger kan jeg registrere?

Du kan registrere dine nærmeste pårørende og helsekontakter som du ønsker skal være kjent når du er til behandling. Du kan også registrere arbeidsgiver.

Videre kan du registrere opplysninger om spesielle kommunikasjonsbehov, slik som utfordringer med hørsel, syn, tale eller språk.

Veiledning for utfylling av skjema

Du må fylle ut alle felter i skjemaet på neste side og legge ved kopi av gyldig legitimasjon. Vi kan ikke behandle henvendelsen din hvis skjemaet er mangelfullt, eller hvis det inneholder feil opplysninger. For å sikre at endringen i kjernejournal blir gjort for rette vedkommende, vil opplysningene bli kontrollert. Når du signerer skjemaet samtykker du til at saksbehandler gjør oppslag i din kjernejournal for å behandle din sak.

Har du spørsmål?

Se mer informasjon om kjernejournal på www.helsenorge.no. Har du spørsmål om utfylling av skjemaet, kan du ringe Veiledning helsenorge.no på telefon 23 32 70 00.

Skjemaet til utfylling finner du på side 2, 3 og 4.

Skjema til utfylling

Mine kontaktpersoner

Fyll ut tabellen nedenfor for å registrere kontaktpersoner i din kjernejournal. Du kan legge til maks 10 personer.

Nærmeste pårørende Ny <input type="checkbox"/> Endre <input type="checkbox"/> Slette <input type="checkbox"/>			
Navn	Relasjon/tilknytning	Adresse	Telefon
Nærmeste pårørende Ny <input type="checkbox"/> Endre <input type="checkbox"/> Slette <input type="checkbox"/>			
Navn	Relasjon/tilknytning	Adresse	Telefon
Nærmeste pårørende Ny <input type="checkbox"/> Endre <input type="checkbox"/> Slette <input type="checkbox"/>			
Navn	Relasjon/tilknytning	Adresse	Telefon
Nærmeste pårørende Ny <input type="checkbox"/> Endre <input type="checkbox"/> Slette <input type="checkbox"/>			
Navn	Relasjon/tilknytning	Adresse	Telefon
Nærmeste pårørende Ny <input type="checkbox"/> Endre <input type="checkbox"/> Slette <input type="checkbox"/>			
Navn	Relasjon/tilknytning	Adresse	Telefon

Arbeidsgiver Ny <input type="checkbox"/> Endre <input type="checkbox"/> Slette <input type="checkbox"/>			
Navn på virksomhet	Relasjon/tilknytning	Adresse	Telefon
Arbeidsgiver Ny <input type="checkbox"/> Endre <input type="checkbox"/> Slette <input type="checkbox"/>			
Navn på virksomhet	Navn på virksomhet	Adresse	Telefon

Helsekontakt			
Ny <input type="checkbox"/>		Endre <input type="checkbox"/>	
Slette <input type="checkbox"/>			
Navn	Spesifikasjon	Adresse	Telefon
Andre leger enn fastlegen <input type="checkbox"/>		Annet helsepersonell/-tjenester <input type="checkbox"/>	
Alternative behandlere <input type="checkbox"/>			
Helsekontakt			
Ny <input type="checkbox"/>		Endre <input type="checkbox"/>	
Slette <input type="checkbox"/>			
Navn	Spesifikasjon	Adresse	Telefon
Andre leger enn fastlegen <input type="checkbox"/>		Annet helsepersonell/-tjenester <input type="checkbox"/>	
Alternative behandlere <input type="checkbox"/>			
Helsekontakt			
Ny <input type="checkbox"/>		Endre <input type="checkbox"/>	
Slette <input type="checkbox"/>			
Navn	Spesifikasjon	Adresse	Telefon
Andre leger enn fastlegen <input type="checkbox"/>		Annet helsepersonell/-tjenester <input type="checkbox"/>	
Alternative behandlere <input type="checkbox"/>			
Helsekontakt			
Ny <input type="checkbox"/>		Endre <input type="checkbox"/>	
Slette <input type="checkbox"/>			
Navn	Spesifikasjon	Adresse	Telefon
Andre leger enn fastlegen <input type="checkbox"/>		Annet helsepersonell/-tjenester <input type="checkbox"/>	
Alternative behandlere <input type="checkbox"/>			

Kommunikasjon

Kryss av i én av boksene nedenfor for å registrere utfordringer du har med kommunikasjon.

- Sterkt hørselshemmet
- Døv
- Sterkt synshemmet
- Blind
- Talevansker
- Stum
- Trenger tolk, spesifiser språk:

Opplysninger om deg

Navn (skriv tydelig)	Fødselsnummer (11 siffer)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nødvendig dokumentasjon

- Jeg har lagt ved kopi av legitimasjon (kryss av her)**
Godkjent legitimasjon kan være pass, førerkort eller nasjonalt ID-kort. Vi godtar ikke utløpt legitimasjon.

Underskrift

Sted og dato	Underskrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Skjemaet sender du til:

Norsk Helsenett SF, Postboks 329 Skøyen, 0213 Oslo

Svar vil bli sendt til folkeregistrert adresse.