

# Skjema for fullmakt til Helsenorge på vegne av personer med manglende samtykkekompetanse

Dette skjemaet bruker du dersom du som nærmeste pårørende ønsker fullmakt til tjenester på Helsenorge på vegne av en person over 12 år med manglende samtykkekompetanse.

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

## 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. Du må også og legge ved utfylt legeerklæring fra legen som behandler personen med manglende samtykkekompetanse. Ved mer enn én nærmeste pårørende er det viktig at begge legger ved legitimasjon og signerer skjemaet. Opplysningene vil bli kontrollert.

Vi vil sende svar til personen uten samtykkekompetanse med kopi til nærmeste pårørende. Vi benytter alltid den folkeregistrerte adressen.

## Har du spørsmål?

Se mer informasjon om manglende samtykkekompetanse på [www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no). Har du spørsmål om utfylling av dette skjemaet, kan du ringe Veiledning Helsenorge på telefon 23 32 70 00.

## Bekreftelse på at følgende vedlegg vil ble sendt med:

### Kopi av legitimasjon til de pårørende (kryss av her)

Godkjent legitimasjon kan være pass, førerkort eller nasjonalt ID-kort. Vi godtar ikke utløpt legitimasjon.

### Legeerklæring fra behandlende lege (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.

**NB:** Vi aksepterer kun legeattest utstedt på Helsenorge sitt [skjema](#). Tidligere utstedte legeerklæringer eller bekreftelse på vergemål vil ikke kunne benyttes i denne sammenheng.

## Opplysninger om personen med manglende samtykkekompetanse

Navn (skriv tydelig)	Fødselsnummer (11 siffer)
----------------------	---------------------------

## Opplysninger om nærmeste pårørende

Pårørende	
Navn (skriv tydelig)	Fødselsnummer (11 siffer)
Flere pårørende som trenger fullmakt (kun ved behov)	
Navn (skriv tydelig)	Fødselsnummer (11 siffer)

## Underskrift

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

### Skjemaet sender du til:

Norsk Helsenett SF, Postboks 329 Skøyen, 0213 Oslo

*Svar vil bli sendt til folkeregistrert adresse.*