

**Fuldmagt til aktindsigt i patientjournal på Arbejdsmedicinsk Klinik  
i forbindelse med sagsbehandling hos en tredjepart.**

Jeg giver med min underskrift på dette dokument fuldmagt til, at  
(navn og adresse på den, som fuldmagten gives til):

kan søge aktindsigt i min journal på Arbejdsmedicinsk Klinik, Aarhus Universitetshospital,  
Nørrebrogade 44, 8000 Aarhus C i oplysninger fra perioden (anfør fra dato til dato):

 til 

Jeg er blevet oplyst om at formålet med aktindsigten i oplysninger i min journal er at  
(anfør formål):

Min fuldmagt gælder kun for journaloplysninger, der er nødvendige for at opnå dette formål.

Fuldmagten ophører når sagen hos ovenstående er afsluttet.  
Jeg kan til enhver tid selv trække min fuldmagt tilbage.

Sted: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_

CPR-nr: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_