

**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, Regionshospitalet Herning,
Gl. Landevej 61, 7400 Herning 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 _____