



**SJÚKRAHÚSIÐ Á AKUREYRI**  
AKUREYRI HOSPITAL

## **BEIÐNI UM AFRIT AF GÖGNUM/APPLICATION FOR COPY OF MEDICAL RECORDS**

**Fullt nafn/full name:**

**Land/country:**

**Kennitala/social security ID or patient ID:**

**Símanúmer/phone number:**

**Dags./date**

**Tímabil sem óskað er eftir/time period requested:**

**Óskað eftir gögnum frá/records requested from:**

**Tilteknum deildum/specific wards:**

**Öllum deildum/all wards**

**Ég samþykki að fá umbeðin gögn afhend í gegnum Heilsuveru/I agree that these records will be sent to me via Heilsuvera.**

**Ég samþykki ekki notkun Heilsuveru og óska eftir að sækja gögnin á Sjúkrahúsið á Akureyri/I do not agree to the use of Heilsuvera and would prefer to pick the records up at the Hospital of Akureyri.**

**Ég nota ekki Heilsuveru og bý erlendis og óska eftir annarri afhendingarleið (athugið aðeins heimilt í þeim tilfellum sem lögheimili er ekki íslenskt)/ I do not use Heilsuvera and do not live in Iceland and prefer another method of delivery (only allowed for those who do not have an Icelandic legal domicile).**

**Ég gef hér með viðeigandi heilbrigðisstarfsmanni leyfi til að fara í mín sjúkragögn hvort sem á pappír eða stafrænu formi og sækja umbeðnar upplýsingar/I hereby grant permission to a relevant healthcare professional to go through my medical records whether they are on paper or digital, in order to fetch the requested documents.**