



Dags. _____ Beiðni um aðgang / afrit af sjúkraskrá Símanr. _____

Ég undirritaður/uð _____
Nafn, heimilisfang og kennitala

óska eftir afriti eða heimila aðgang af sjúkraskrá minni / eftirtöldum gögnum úr sjúkraskránni

Öllum deildum SAK Óskað er eftir aðgangi eða afriti á sjúkragögnum frá
eftirfarandi deildum (vinsamlega skráið frá hvaða deild(um)
óskað er eftir gögnum)

Tímabilið sem óskað er eftir _____

Undirskrift

Umboð:

Í þeim tilfellum sem sjúklingur getur ekki tekið við afriti af sjúkraskrá sjálfur.

Ég undirritaður/uð fel _____ að taka á móti
nafn og kennitala

sjúkraskrá minni.

Vitundarvottar:

Undirskrift

Samþykki læknis:

Beiðni um aðgang / afrit af sjúkragögnum er samþykkt.

Nánari lýsing á hvað afritað:

Dags. Nafn læknis

Samþykki umsjónaraðila sjúkraskrár:

Dags. Nafn umsjónaraðila

Afhending gagna:

Ég undirritaður/uð _____ hef í dag tekið við
afriti af ofangreindum sjúkragögnum og greitt kr. _____ fyrir _____ blaðsíður, vegna þess.

Dags. Undirskrift og kennitala

Persónuskilríki sýnd

Kvittun gefin

Þessi beiðni sendist til læknaritara viðkomandi deildar.

Þetta blað geymist í viðkomandi sjúkraskrá.