

# Umboð fyrir sendingu sjúkraskrár á aðra stofnun



Nafn sjúklings/sjúklinga og kennitala:

Nafn: \_\_\_\_\_ Kennitala: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nafn: \_\_\_\_\_ Kennitala: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nafn: \_\_\_\_\_ Kennitala: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nafn: \_\_\_\_\_ Kennitala: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nafn: \_\_\_\_\_ Kennitala: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nafn: \_\_\_\_\_ Kennitala: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Ég undirrituð/undirritaður veiti hér með læknum/riturum á **Heilbrigðisstofnun Norðurlands**, fullt umboð til að senda sjúkraskrá mína/fjölskyldu minnar eða upplýsingar úr henni til neðangreindra aðila.

Læknir/Stofnun: \_\_\_\_\_

Heimilisfang: \_\_\_\_\_

Póstnúmer og staður: \_\_\_\_\_

Undirskrift sjúklings/forsvarsmanns: \_\_\_\_\_

Vottar að rétttri undirskrift:

Nafn: \_\_\_\_\_ Kennitala: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nafn: \_\_\_\_\_ Kennitala: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_