



U M B O ð

Til aðstandanda

Ég undirritað/uð/aður, _____ kt. _____ veiti hér með
_____ kt. _____ umboð til að fá afhend
sjúkragögn og aðrar heilsufarsupplýsingar í mínu nafni frá Sjúkrahúsinu á
Akureyri. Ég veiti hér með samþykki til að viðkomandi megi taka við útprenti af
mínum eigin sjúkragögnum og/eða fá þau send á sína eigin Heilsuveru fyrir
mína hönd. Einnig veiti ég viðeigandi heilbrigðisstarfsmanni leyfi til að afhenda
mín sjúkragögn/heilsufarsupplýsingar til umboðshafa í minni fjarveru. Umboð
þetta gildir einungis gagnvart Sjúkrahúsinu á Akureyri og veitir ekki umboð
gagnvart öðrum stofnunum.

Umboð þetta á við um gögn af deild/um: _____

☐ Umboð þetta gildir frá undirskriftardegi til dags: _____

☐ Umboð þetta er ótímabundið og gildir þar til ég afturkalla það

Undirskrift þess skráða

Undirskrift umboðsaðila

Staður og dagsetning

Heilbrigðisstarfsmaður SAK

Vottar að sjálfræði, réttri dagsetningu og undirskriftum

Nafn og kt.: _____

Nafn og kt.: _____