

Pårørendeskjema for HelsaMi

Hvis du ønsker å gi pårørende tilgang til din HelsaMi konto kan du gjøre dette enkelt via HelsaMi «Del journalen min med andre».

Dersom du ikke ønsker å ha HelsaMi selv, kan du fylle ut dette skjemaet for å gi pårørende tilgang til din konto. Du velger selv hvilken type tilgang personen skal få. Tilgang kan kun gis til voksne over 18 år.

Typer tilgang

Du bestemmer selv hvilke tjenester og informasjon personen får tilgang til i HelsaMi:

1. Standard tilgang:

Du gir denne personen tilgang til å se kommende timeavtaler og helseopplysninger samt sende meldinger og bestille timer. Personen kan ikke se dine personlige notater, historikk eller tidligere timeavtaler.

2. Lesetilgang:

Du gir personen tilgang til å se dine helseopplysninger, men ikke kommunisere på dine vegne.

3. Bare kommunisere:

Du gir denne personen tilgang til å se og administrere timer og til å sende meldinger på dine vegne.

4. Full tilgang:

Du gir personen tilgang til å se det samme som du selv ser og kommunisere med helsetjenesten på dine vegne. Personen vil også kunne svare på dine spørreskjema og se og endre dine notater.

Fullmaktens varighet

Fullmakten vil gjelde til du trekker den tilbake. Du kan når som helst trekke tilbake fullmakten ved å kontakte brukerstøtte for HelsaMi på telefon 72 88 37 98 eller ved å sende en skriftlig henvendelse til Helseplattformen AS ved journaladministrasjon.

Vilkår og betingelser

- Jeg forstår at personen jeg gir fullmakt får tilgang til min HelsaMi-konto.
- Personen jeg har oppgitt er over 18 år.
- Personen gis tilgang til mine helseopplysninger og kommunikasjonsmuligheter ut fra tilgangstypen jeg har valgt.
- Jeg kan når som helst trekke tilbake tilgangen jeg har gitt.
- Hvis jeg deaktiverer kontoen min vil også de jeg har gitt tilgang til miste sin tilgang.

Du kan lese fullstendige brukervilkår på <https://helseplattformen.no/helsami/brukervilkar>

(Denne siden kan du beholde selv)

Skjema for utfylling

Pårørendeskjema for HelsaMi

Opplysninger om deg som gir fullmakt

Fullt navn: (Bruk store bokstaver)	
Fødselsnummer: (11 siffer)	

Opplysninger om den som får fullmakt

Fullt navn: (Bruk store bokstaver)	
Fødselsnummer: (11 siffer)	

Velg type tilgang

Kryss av for hvilken tilgang som skal gjelde (kun ett kryss). Se beskrivelse av nivåene på side 1.

Standardtilgang	<input type="checkbox"/>	Bare kommunisere	<input type="checkbox"/>
Lesetilgang	<input type="checkbox"/>	Full tilgang	<input type="checkbox"/>

Bekreftelse

- Jeg som gir fullmakt, bekrefter at jeg har lagt ved kopi av gyldig legitimasjon.**
Gyldig legitimasjon er pass, nasjonalt ID-kort eller førerkort. Begge sider må med.
Bank-kort er ikke gyldig som legitimasjon.
- Jeg som gir fullmakt, bekrefter at jeg har lest og forstått vilkår og betingelser for bruk av tilgangsdeling** som er beskrevet på side 1 av dette skjemaet.

Underskrift av deg som gir fullmakt:

Underskrift

Sted og dato

Utfylt og signert skjema sendes sammen med kopi av legitimasjon til:

Helseplattformen AS, v/ Pasientjournaladministrasjon
Postboks 1204 Torgard, 7462 Trondheim