



## Pårørendeskjema for tilgang til din HelsaMi-konto

---

Hvis du ønsker å gi pårørende tilgang til din HelsaMi-konto kan du gjøre dette enkelt i 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.

### Hvilke tilganger kan pårørende få?

#### **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.

#### **Lesetilgang:**

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

#### **Bare kommuniser:**

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

#### **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.

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.

Fyll ut skjema på side to, og send inn som beskrevet. Denne siden kan du beholde selv.

**Fyll ut informasjonen under for å gi pårørende fullmakt til din HelsaMi-konto**

---

**Opplysninger om deg som gir fullmakt:**

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Fullt navn:<br>(Bruk store bokstaver) |  |
| Fødselsnummer:<br>(11 siffer)         |  |

**Opplysninger om den som får fullmakt:**

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Fullt navn:<br>(Bruk store bokstaver) |  |
| Fødselsnummer:<br>(11 siffer)         |  |

**Sett kryss ved siden av den tilgangen pårørende får fullmakt til:**

☐ Standardtilgang    ☐ Bare kommunisere    ☐ Lesetilgang    ☐ Full tilgang

**Bekreftelse på fullmakt**

- ☐ 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. Se beskrivelse på første side.

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