

KRAV OM INNSYN I HELSEOPPLYSNINGER

BIVIRKNINGSREGISTERET VED STATENS LEGEMIDDELVERK

Skjemaet benyttes ved krav om innsyn i egne registrerte opplysninger som er knyttet til navn eller fødselsnummer i Bivirkningsregisteret ved Legemiddelverket. Skjemaet skal også benyttes ved krav om innsyn i opplysninger om eget barn under 16 år eller om avdøde.

Det er svært viktig at alle feltene i skjemaet fylles ut korrekt. Legemiddelverket kan ikke gi innsyn på bakgrunn av krav som er mangelfulle eller som inneholder feil opplysninger.

Skjema for innsynsforespørsel med bekreftet kopi av personidentifikasjon (for eksempel pass eller førerkort) sendes per post til Statens legemiddelverk, Postboks 240 Skøyen, 0213 Oslo.

Huk av for ett alternativ:

Jeg ber med dette om innsyn i helseopplysninger som er registrert om meg i Bivirkningsregisteret ved Legemiddelverket (jf. helseregisterloven § 24 og personvernforordningen artikkel 13 til 15).

Jeg ber med dette om innsyn i helseopplysninger som måtte være registrert om mitt barn (under 16 år) i Bivirkningsregisteret ved Legemiddelverket (jf. helseregisterloven § 24 og pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4).

Skriv inn opplysninger om barnet (under 16 år):

Navn	Postnummer
Fødselsnummer (alle 11 sifre må oppgis)	Poststed
Gateadresse	Land

Som nærmeste pårørende (jf. pasient- og brukerrettsloven § 1-3) ber jeg med dette om innsyn i helseopplysninger som er registrert om avdøde i Bivirkningsregisteret.

Skriv inn opplysninger om den avdøde:

Navn	Postnummer
Fødselsnummer (alle 11 sifre må oppgis)	Poststed
Gateadresse	Land

Redegjør kort for din status som nærmeste pårørende til avdøde:

Opplysninger om den som krever innsyn:

Navn	Postnummer
Fødselsnummer (alle 11 sifre må oppgis)	Poststed
Gateadresse	Telefon/mobiltelefon

Dersom den som krever innsyn er under 16 år, må foresatt(e) gi godkjenning:

Navn, foresatte 1		Navn, foresatte 2	
Fødselsnummer (alle 11 sifre må oppgis)		Fødselsnummer (alle 11 sifre må oppgis)	
Gateadresse		Gateadresse	
Postnummer	Poststed	Postnummer	Poststed
Signatur		Signatur	

Dersom den som krever innsyn er mellom 12 og 16 år, og ikke ønsker at opplysningene skal gis til foresatte, vennligst gi en begrunnelse:

NB! Begrunnelsen må ikke inneholde helseopplysninger eller andre sensitive personopplysninger.

--

Signatur fra den som krever innsyn:

Sted	Dato	Signatur
------	------	----------

Skjema for innsynsforespørsel med vedlegg sendes per post til:

Statens legemiddelverk, Postboks 240 Skøyen, 0213 Oslo

Legg ved en bekreftet kopi av personidentifikasjon (for eksempel pass eller førerkort). Svar på innsynskravet vil bli sendt rekommandert til folkeregistrert adresse for den som har fremsatt kravet om innsyn.