

Samtykkeerklæring for fritak av taushetsplikt overfor media

Medarbeidere ved Helse Stavanger HF har taushetsplikt. Dette er strengt lovregulert i flere lover, og vi kan verken uttale oss eller gi ut pasientopplysninger om deg, jf. bl.a. helsepersonelloven §21:

Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.

Dersom du ønsker å gi Helse Stavanger adgang til å gi informasjon om deg til en journalist/journalister, må du oppheve taushetsplikten formelt ved å gi et skriftlig samtykke.

Merk at selv om du som pasient fritar helsepersonell for taushetsplikt, innebærer ikke dette en opplysningsplikt. Helsepersonell kan velge å ikke gi opplysninger om enkeltsaker til mediene hvis dette framstår som den mest forsvarlig løsningen basert på faglig skjønn eller andre faktorer.

Samtykkeerklæring FYLLES UT I BLOKKBOKSTAVER

FULLT NAVN.....

FØDSELSDATO.....

NAVN PÅ MEDIA OG JOURNALIST.....

Jeg fritar herved Helse Stavanger HF fra den taushetsplikt som sykehuset og dets personell har etter helselovgivningen.

Dette innebærer at Helse Stavanger HF kan:

- Kommentere relevante helseopplysninger om meg i media og gi relevante opplysninger til journalisten.
- Utlevere journaldokument og andre relevante skriftlige dokument til journalisten.

DATO/STED.....

SIGNATUR.....

Samtykkeerklæring dersom fritak gjelder helseopplysninger knyttet til andre enn deg selv

FYLLES UT I BLOKKBOKSTAVER

FULLT NAVN.....

FØDSELSDATO.....

Samtykket gjelder for:

FULLT NAVN.....

FØDSELSDATO.....

RELASJON.....

NAVN PÅ MEDIA OG JOURNALIST.....

Jeg fritar herved Helse Stavanger HF fra den taushetsplikt som sykehuset og dets personell har etter helselovgivningen.

Dette innebærer at Helse Stavanger HF kan:

- Kommentere relevante helseopplysninger om meg i media og gi relevante opplysninger til journalisten.
- Utlevere journaldokument og andre relevante skriftlige dokument til journalisten.

DATO/STED.....

SIGNATUR.....

Skal signeres av den/de som har foreldreansvar når barnet er under 16 år eller pasientens nærmeste pårørende dersom pasienten ikke er samtykkekompetent eller død.

Utfylt skjema sendes til web@sus.no