

FULLMAKT FOR INNHENTING AV HELSEOPPLYSNINGER

Make A Wish Norge (MAW-N) er en stiftelse basert på frivillig arbeid, og er en del av den globale Make-A-Wish- stiftelsen som har kontor i over 50 land verden over. MAW-Ns visjon er å oppfylle ønskene til barn i alderen 3-18 år som lever med en kritisk livstruende sykdom for å skape håp, styrke og glede i en vanskelig livssituasjon.

Barna må være bosatt i Norge og være diagnostisert med en kritisk livstruende sykdom. Vi ønsker å opprette dialog med barnets behandlende helsepersonell for å fastslå at barnets tilstand er i medisinsk tråd med retningslinjene til MAW-N.

Av respekt for privatlivet til barna og familiene vi hjelper, kan potensielle søkere kun være:

- Helsepersonell (typisk behandlende lege, sykepleier eller barnepsykolog)
- Foreldre/Foresatte
- Barnet selv
- Familiemedlemmer med detaljert kunnskap om barnets nåværende medisinske tilstand

Søkeren tar kontakt med vår Ønskekoordinator, som sender skjemaer (inkludert dette fullmaktskrivet) til barnets foreldre/foresatte og behandlende lege, som de må fylle ut og returnere. De ferdig utfylte skjemaene sendes videre til vår utnevnte lege som har oversikt over diagnoser som er MAW-N godkjente.

Dr. Truels Erikstad ved Rosenhoff Legegruppe DA, Trondheimsveien 184, 0570 Oslo (Id.nr: 9855054) er per i dag den legen som tar imot alle søknader til MAW-N for å få oppfylt et ønske.

Barnet nedenfor er henvist til MAW-N for å få oppfylt et ønske:

Navn på barnet:

Fødselsdato:

Bosted:

For å evaluere om barnet kan få et ønske oppfylt og for ivareta barnets beste i denne prosessen må foreldrene gi fullmakt til at lege i MAW-N, dr. Truels Erikstad kan innhente utfyllende opplysninger om barnets medisinske tilstand fra fastlege/ behandlende lege/ annet helsepersonell.

Denne fullmakten kommer i to eksemplarer, ett til behandlende lege/ helsepersonell og ett til MAW-Ns lege/ administrasjon.

Fullmakten ivareta hensynet til taushetsplikten (Jfr. Kap 5. §21 og 22 i Helsepersonelloven og §4.4 i Lov om pasient- og brukerrettigheter).

Dato:





Foresatte: _____
(Sign. Mor)

1 _____
(Sign. Far)