**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 livstruendesykdom 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.

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

fullmaktsskrivet) til barnets foreldre/foresatte og behandlende lege, for utfylling og retur til oss. De ferdig utfylte skjemaene sendes videre av ønskekoordinator til vår utnevnte lege som har oversikt over diagnoser som er MAW-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).

Vi gir med dette dr. Truels Erikstad fullmakt til å innhente nødvendig medisinsk dokumentasjon vedrørende vårt barn som nevnt ovenfor.

Dato:

Foresatte: (Sign. mor) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Sign. far) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_