

NesetLegekantor  
Eidsvågveien 32  
6460 Eidsvåg  
Tlf. 71231200

OVERFØRING AV HELSEOPPLYSNINGER

Navn:

---

Fødselsnummer:

---

Adresse:

---

Jeg gir herved tillatelse til at helseopplysninger overføres til ny fastlege.

Legens navn:

---

Legekantor:

---

Adresse:

---

Dato:

---

Sign.: