

**Melding om ny rekvirent eller endring av rekvirentopplysninger ved Sykehuset Østfold**

Dette skjema benyttes kun til innmelding og endring av rekvirenter med mottak av post eller elektronisk samhandling med sykehuset Østfold. NHN adresseregister må holdes oppdatert ved endringer i organisasjon eller ansatte.

Skjemaet sendes som vedlegg i e-post til:

[kundeservice@sykehuspartner.no](mailto:kundeservice@sykehuspartner.no)

(Alternativt kan skjema sendes inn til faxnummer: 67 90 26 30).

Henvendelsen gjelder:

**Opprettelse av ny rekvirent**

**Endring av rekvirentopplysninger for rekvirentkode:**

Ved adresseendring:

Rekvirenten bytter legekantor

Fra:

Til:

Rekvirenten skal ha ny kode i tillegg til den eksisterende

**Inaktivering av rekvirentkode:**

**\*Obligatoriske felter**

*Startdato	<input type="text"/>
*Etternavn	<input type="text"/>
*Fornavn, mellomnavn	<input type="text"/>
*Rekvirent nr. (HPR - nr)	<input type="text"/>
HER-ID lege	<input type="text"/>
HER-ID organisasjon	<input type="text"/>
*Organisasjonsnummer	<input type="text"/>
*Legekantor/avdeling	<input type="text"/>
*Postadresse	<input type="text"/>
*Postnummer/-sted	<input type="text"/>
Telefon ( gjerne direkte)	<input type="text"/>
Faksnr.	<input type="text"/>
E-postadresse for tilbakemelding	<input type="text"/>
For turnusleger	Dato: Fra <input type="text"/> Til <input type="text"/>

**Har legekantoret OSEAN:**  JA  NEI  Vet ikke

Dato:

Utfylt av:

Dokumentet må lagres lokalt. Deretter vedlegges i e-post.