

SAMTYKKEERKLÆRING GÆLDENDE FOR:

Patientens navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I forbindelse med aktuelle undersøgelse/udredning/behandling i Børne- og Allergiklinikken, Slagelse, kan der være behov for at udveksle helbredsoplysninger og/eller undersøgelsesresultater med andre sygehuse, læger eller sundhedsfaglige personer.

Der kræves skriftligt samtykke i henhold til lov om patienters retstilling.

Undertegnede erklærer sig indforstået i, at Børne- og Allergiklinikken udveksler undersøgelsesresultater/sundhedsoplysninger som ovenfor beskrevet.

Dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Tilhørsforhold til patienten: Forælder □ Andet □

 (Er patienten over 15 år, skriver han/hun selv under)

Forælder 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Forælder 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Forældre samboende: Ja □ Nej □

Forældremyndighed: Fælles □ Forælder 1 □ Forælder 2 □

Vedr. persondataforordningen/privatlivspolitik henvises til klinikkens hjemmeside [www.raskeboern.dk](http://www.raskeboern.dk) under faneblad praktisk information.