



Morten Gervil
Børnelæge og allergiklinik
Sdr. Stationsvej 41, st
4200 Slagelse

SAMTYKKEERKLÆRING GÆLDENDE FOR:

Mig selv

Barn under 15 år

Navn: _____

CPR: _____

E-mail: _____

I forbindelse med aktuelle undersøgelser/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: _____

For børn under 15 år skal der foreligge skriftligt samtykke fra forældremyndighedsindehaver. Undertegnede erklærer sig indforstået med ovennævnte.

Dato: _____ Underskrift: _____