



SAMTYKKEERKLÆRING GÆLDENDE FOR:

Patientens navn: _____

CPR: _____

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: _____

Tilhørsforhold til patienten: Mor Far Andet

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

Mors navn: _____

Fars navn: _____

Forældre samboende: Ja Nej

Forældremyndighed: Fælles Mor Far

Vedr. persondataforordningen/privatlivspolitik henvises til klinikkens hjemmeside www.raskeboern.dk under faneblad praktisk information.