

Samtykkeerklæring – Gælder for aktuelle forløb og 1 år fra dags dato

I forbindelse med din behandling kan der være brug for, at klinikken må videregive oplysninger til dine pårørende om dine helbredsforhold og den aktuelle behandling

Jeg giver samtykke til, at klinikken kan informere denne pårørende (skriv relation, navn og tlf. nr.):

Hvis din behandling bliver betalt af en sundhedsforsikring eller forsikringsselskab skal du vide, at de kan anmode om, at vi videregiver dine helbredsoplysninger.

Jeg giver samtykke til, at klinikken kan videresende relevante helbredsoplysninger til følgende:

sundhedsforsikring forsikringsselskab kommune (fx jobcenter, hjemmepleje)

I forbindelse med optimal udrednings- og behandlingsforløb, kan det være nødvendigt at enten indhente oplysninger fra andre steder eller videregive information til din egen læge, anden behandler eller sygehus.

Jeg giver samtykke til, at klinikken må indhente relevante helbredsoplysninger fra følgende:

egen læge speciallæge kiropraktor fysioterapeut massør offentligt sygehus privathospital

Jeg giver samtykke til, at klinikken må videresende relevante helbredsoplysninger til følgende:

egen læge speciallæge kiropraktor fysioterapeut massør offentligt sygehus privathospital

Samtykkeerklæringen gælder aktuelle behandlingsforløb og er gældende 1 år fra datoen for underskriften.

Dato

Underskrift