

## SAMTYKKEERKLÆRING

Undertegnede (navn): \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Fødselsdag: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Giver hermed mit samtykke til at speciallæge Ruth Kirkeby kan indhente og videregive oplysninger, der anses for nødvendige for at vurdere, og om nødvendigt behandle, min aktuelle helbredstilstand.

### Oplysninger kan indhentes og videregives til

- |                                    |                             |                              |
|------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 1. min egen læge _____             | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 2. henvisende læge _____           | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 3. speciallæge _____               | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 4. andre sygehuse _____            | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 5. sundhed.dk _____                | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 6. andre (skal specificeres) _____ | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |

Punkt 1-6 skal afkrydses.

Tilladselsen kan til enhver tid tilbagekaldes og bortfalder under alle omstændigheder et år efter nedenstående dato.

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