

Navn:
CPR:

Samtykkeerklæring

Hospitalets ansatte har tavshedspligt. Som hovedregel må vi derfor ikke udveksle oplysninger om dit helbred med dine pårørende eller andre myndigheder uden din tilladelse. Sundhedspersoner involveret i din behandling må dog gerne udveksle oplysninger herom. Du kan læse mere

om reglerne i Sundhedslovens §§ 40 - 44 og Forvaltningslovens §§27 og 28, som forefindes i afsnittet, og du kan altid spørge personalet.

1) Samtykke til information af pårørende

I forbindelse med din behandling er der ofte brug for, at vi kan informere dine pårørende.

Det kræver dit samtykke.

Jeg giver samtykke til, at følgende må informeres om mine helbredsforhold og aktuelle behandling.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Forældre (navn, tlf.) | <input type="checkbox"/> Ægtefælle/samlever (navn, tlf.) |
| <input type="checkbox"/> Børn (navn, tlf.) | <input type="checkbox"/> Søskende (navn, tlf.) |
| <input type="checkbox"/> Andre - hvem | |

Evt. pårørende eller andre personer, der ikke må informeres ? _____

Navn: (din underskrift) _____ Dato: _____

2) Samtykke til at udveksle helbredsoplysninger med andre

Der er ofte brug for, at vi indhenter oplysninger om tidligere behandling, og at vi under og efter din behandling informerer f.eks. din egen læge eller hjemmeplejen. Det er også vigtigt, at personalet, der er involveret i din behandling, har adgang til alle oplysninger i din journal.

Det kræver dit samtykke.

Jeg giver samtykke til, at personalet, der er involveret i min behandling, har adgang til min elektroniske journal og at der må udveksles helbredsoplysninger med følgende:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Egen læge | <input type="checkbox"/> Andre sygehuse, skriv hvem _____ |
| <input type="checkbox"/> Speciallæge | <input type="checkbox"/> Sociale myndigheder, skriv hvem _____ |
| <input type="checkbox"/> Hjemmeplejen | <input type="checkbox"/> Øvrige, skriv hvem _____ |
| <input type="checkbox"/> Sundhedsplejen | <input type="checkbox"/> Henvisende sygehus (Ved udvidet frit sygehus valg) |

Evt. bemærkninger - f.eks. Undtagelser _____

Navn: (din underskrift) _____ Dato: _____

Stedfortrædende Samtykke _____ Dato: _____

(Sundhedslovens § 18)

Samtykke gælder under indlæggelsen/behandlingen, dog maksimum et år. Samtykke kan fornys. Samtykke vedr. dine helbredsmæssige forhold er dog tidsbegrænset så længe, du er i et behandlingsforløb. Som hovedregel kan du give samtykke til videregivelse af oplysninger, fra du er fyldt 15 år.