



Navn:	Cpr. nr.
-------	----------

Samtykkeerklæring til behandling og videregivelse og indhentning af oplysninger der vedrører aktuelle udredning og behandling i Klinik Hannibal v. speciallæge Jonatan Hannibal.

I dette skema beder vi om samtykke til at videregive og indhente oplysninger til/fra personer, der er angivet nedenfor. Der er kun tale om oplysninger/udtalelser, der er relevante for dit/dit barns udredning og behandling, eks: oplysninger om helbred, udvikling, skoleforløb og sociale forhold.

Jeg giver hermed tilladelse til at Klinik Hannibal v. speciallæge Jonatan Hannibal samt klinikkens sundhedsfaglige personale kan læse, skrive samt udveksle, som led i udredningsforløbet og behandlingen, oplysninger med:	
<input type="checkbox"/>	Kommune
<input type="checkbox"/>	Daginstitution/skole/bosted
<input type="checkbox"/>	Praktiserende læge
<input type="checkbox"/>	Hospital
<input type="checkbox"/>	Pårørende
Samtykket givet skriftligt af forældremyndighedsindehaverne(ne):	
Dato:	Underskrift:
Dato:	Underskrift:
<i>Hvis du er under 15 år, skal det skriftlige samtykke være givet af forældremyndighedsindehaver(ne)</i>	
Samtykket givet skriftligt af den unge over 15 år:	
Dato:	Underskrift:

Samtykket er gældende i højest 1 år i et ubrudt patientforløb - fra dato, eller indtil det trækkes tilbage.