



Lænke-ambulatorierne i Danmark

Samtykke-erklæring

Undertegnede _____ cpr.nr. _____

tlf.nr. _____ giver hermed samtykke til, at _____ Lænke-ambulatorium kan indhente og videregive oplysninger, der er relevante for min behandling fra og til følgende samarbejdspartnere:

(sæt venligst kryds ud for de samarbejdspartnere, hvor der kan indhentes eller videregives oplysninger)

Kan Indhentes	Kan videregives	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bopælskommune _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospital/kontaktperson eller afdeling: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praktiserende læge: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kriminalforsorgen/kontaktperson: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skole, daginstitution/kontaktperson: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pårørende: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NAB: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andre: _____

_____ Lænke-ambulatorium må kontakte mig skriftligt eller telefonisk ved eventuelle aflysninger af eller ændringer i aftaler. Desuden kan jeg kontaktes, hvis jeg udebliver gennem længere tid fra mit sædvanlige fremmøde

Ja

Nej

Mit navn og cpr.nr. kan videregives til betalende instans

Ja

Nej

Dato: _____ **Underskrift:** _____

Samtykket kan til enhver tid tilbagekaldes og skal fornyes efter 1 år