

Samtykkeerklæring til behandling af personfølsomme oplysninger

Navn:	Dato:
Adresse:	Tlf.nr.:
Postnr:	By:
Cpr.nr.:	Mail adresse:

Hermed giver jeg samtykke til, at psykolog Pernille Holt Larsen kan **indsamle** og må **behandle** personfølsomme oplysninger om mig. Det drejer sig om kontaktoplysninger og oplysninger, der er relevante for min behandling.

Psykologer har pligt til at føre journal og til at opbevare journalen i 5 år regnet fra tidspunktet for den senest foretagne optegnelse.

Jeg kan altid bede om at få oplyst, hvilke oplysninger Pernille Holt Larsen behandler om mig, og jeg har ret til at få berigtiget eller slettet urigtige kontaktoplysninger.

Jeg vil underrette Pernille Holt Larsen, hvis der skulle opstå ændringer i form af navn, adresse, tlf.nr. eller mailadresse, så længe jeg er i behandling.

Psykologer har tavshedspligt.

Videregivelse af oplysninger i nedenstående tilfælde vil så vidt muligt kun ske i samarbejde mellem klient og psykolog.

___ Jeg, som har henvisning fra egen læge, giver samtykke til, at Pernille Holt Larsen må sende Startbrev og Epikrise med kort, afsluttende vurdering af forløbet til lægen. Sæt kryds.

___ Jeg, som har en sundhedsforsikring, giver samtykke til, at Pernille Holt Larsen må indberette regninger via sygeforsikring danmark, når sundhedsforsikringen kræver det. Endvidere at hun må fremsende begrundelse for forlænget samtaleforløb samt give en kort, afsluttende vurdering af forløbet til sundhedsforsikringen. Sæt kryds.

___ Jeg, som allerede har en aftale med kommunen herom, giver samtykke til, at Pernille Holt Larsen må besvare en skriftlig anmodning om Status, Aktuel situation eller Vurdering. Sæt kryds.

Jeg kan til enhver tid tilbagekalde mit samtykke.

Greve, den ____ / ____ - _____

Navn (evt. væрге) _____