**SAMTYKKE ERKLÆRING.**

Navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fødselsdato og år: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Samtykke er afgivet frivilligt.
* Jeg kan til en hver tid tilbagekalde samtykke uden at det er til skade for mig og min behandling.
* Samtykke er givet til registrering og opbevaring af journalføring af mit behandlingsforløb.
* Ved ændring af behandlingsforløb, indhentes et nyt samtykke.
* Der sker ingen udlevering af informationer om behandling til tredje part.
* Opbevaring af journal sker i aflåst arkivskab. Arkivskab er placeret i klinikken.
* Jeg er oplyst om jeg til enhver tid har ret til at få mine personoplysninger slettet. Journal makuleres senest 3 år efter behandlingsforløb er afsluttet.
* Jeg er oplyst om min ret til at få ændret urigtige eller vildledende oplysninger.
* Jeg er oplyst om min ret til at flytte mine personoplysninger til anden behandler.
* Behandling kan ikke stå i stedet for lægelig behandling.

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

**Din Klinik**

adresse

postnummer

Tlf. xxxxxx

www.xxxxxx.xx

Persondataforordningen 2018.