

Denne samtykkeerklæring skal udskrives og underskrives i hånden af patienten.

Hvis patienten er afdød, skal samtykkeerklæringen underskrives af den eller de personer, der står på skifteretsattesten, eller af den person, der har skiftefuldmagten.

Derefter skal den sendes til os i elektronisk form, f.eks. ved at scanne dokumentet eller taget et billede af det.

Samtykke

Jeg giver hermed i henhold til sundhedsloven samtykke til, at sundhedspersoner, behandlingssteder og myndigheder kan fremfinde relevante oplysninger til sagen ved opslag i journalsystemer, f.eks. eget journalsystem og e-journal.

Styrelsen for Patientsikkerhed
Sekretariatet for
Ankenævnet for
Patienterstatningen
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg
Dir. tlf. +45 7228 6744
Telefontid: 9:30-15:00
CVR 37 10 55 62

Jeg giver også i henhold til sundhedsloven samtykke til, at sundhedspersoner, behandlingssteder og myndigheder kan foretage opslag i medicinoplysninger på Fælles Medicinkort og Det Danske Vaccinationsregister, hvis det er relevant for sagens behandling.

stps@stps.dk
www.stps.dk

Endelig giver jeg i henhold til sundhedsloven samtykke til, at sundhedspersoner, behandlingssteder og myndigheder kan videregive relevante oplysninger til Styrelsen for Patientsikkerhed, der er sekretariat for Ankenævnet for Patienterstatningen.

Navn:

(Patienten)

CPR-nr.:

Adresse:

Postnr. og by:

Dato

Underskrift

Evt. bemærkninger: