

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

Undertegnede giver hermed samtykke til, at Ankenævnet for Patienterstatningen kan indhente alle relevante oplysninger, herunder sygehusjournaler, pensionsakter med videre, fra læger og andre sundhedspersoner, sygehuse, offentlige myndigheder med videre, der er nødvendige for at behandle sagen, jf. lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Mit samtykke betyder, at sundhedspersoner, behandlingssteder, myndigheder med videre kan fremfinde oplysningerne til sagen ved opslag i journalsystemer, f.eks. eget journalsystem og e-journal, og også kan foretage opslag i medicinoplysninger på Fælles Medicinkort og Det Danske Vaccinationsregister, hvis det er relevant for sagens behandling.

Jeg giver også samtykke til, at Ankenævnet for Patienterstatningen videregiver relevante oplysninger vedrørende klagen til involverede parter, myndigheder og behandlingssteder.

Styrelsen for Patientsikkerhed
Sekretariatet for
Ankenævnet for
Patienterstatningen
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg
Dir. tlf. +45 7228 6744
Telefontid: 10:00-14:00
CVR 33 04 30 66

pob@patientombuddet.dk
www.stps.dk

Navn:

(Patienten)

CPR-nr.:

Adresse:

Postnr. og by:

Dato

Underskrift

Evt. bemærkninger: