**SAMTYKKEERKLÆRING.**

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

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

Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

* Samtykke er afgivet frivilligt.
* Jeg kan til enhver 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.
* Der sker ingen udlevering af informationer om behandling til tredjepart.
* Opbevaring af journal sker på krypteret side.
* 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Persondataforordningen 2018.