

Samtykke-erklæring Til forældre og unge over 15 år



For at kunne vurdere, udrede og behandle et barn/ung kan Klinik for Børn & Unge have behov for at samarbejde med/udveksle oplysninger om dit barn og dig, hvilket du/I skal du give tilladelse til. Unge >15 år skal desuden selv give samtykke. Tilladelsen gives ved at underskrive denne samtykkeerklæring.

Det skriftlige samtykke skal derudover sikre, at du/I ved, hvilke oplysninger, der udveksles med hvem. Der drejer sig om helbreds- og medicinoplysninger, forældrenes ægtestand, forældremyndighedsforhold, om relevant etnicitet samt evt resultater fra andre læger/sygehuse.

Samtykket gælder 1 år fra underskrift og kan til hver en tid trækkes tilbage ved henvendelse til klinikken.

Reglerne om udveksling af private oplysninger og andre fortrolige personoplysninger findes blandt andet i sundhedslovens §§41-44, persondatalovens §§6-8 og forvaltningslovens §27 og §32.

Når samtykkeerklæringen er udfyldt og underskrevet, scannes den ind barnets/den unges elektroniske journal – og originalen kan ved næste besøg medgives, hvis dette ønskes.

Samtykke vedrørende: _____
navn cpr-nr

Kun informationer, der er af betydning for ovennævnte, deles mellem nedenfor nævnte instanser.

Forældremyndighed (sæt kryds): Fælles ___ Mor ___ Far ___

Undertegnede: _____
forældre navn & cpr-nr

giver hermed tilladelse til, at Klinik for Børn & Unge kan udveksle private helbredsoplysninger og andre fortrolige oplysninger om mit barn og jeg.

Jeg/vi bekræfter hermed også at have kendskab til klinikkens privatlivspolitik, der forefindes i venteværelset og på klinikkens hjemmeside.

Underskrift _____

Ung over 15 år: Navn _____ CPR-nr _____

Underskrift _____

| Instans, der må udveksles med (sæt x) | Ja | Nej | Instans | Ja | Nej |
|--|----|-----|--------------------------|----|-----|
| Praktiserende læge | | | Sygehuse | | |
| Kommunal sagsbehandler/familierådgiver | | | Sundhedsplejen | | |
| Skole/daginstitution/SFO (kontaktperson) | | | Forsikrings-selskab navn | | |
| Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) | | | Politi | | |
| Pleje-/aflastningsfamilie, familiekonsulent, støttekontaktperson | | | Pårørende (navn): | | |

Samtykket er afgivet d. _____ .

Modtaget i Klinik for Børn & Unge d. _____ af _____ / scannet d. _____ af _____ .
initialer initialer