

# Samtykkeerklæring

til indhentning og videregivelse af oplysninger.

Obligatoriske felter er markeret med \*

<b>Personoplysninger*</b>
Navn:
CPR-nummer:

<b>Sociale myndigheder</b>
Udfyldes hvis relevant
Jeg giver samtykke til, at Resilio Psykiatri må udveksle relevante oplysninger med
<input type="checkbox"/> <b>Kommune</b> (Hvis anden end din bopælskommune, angiv da hvilken)
<input type="checkbox"/> <b>Mestringsvejleder</b> Angiv kontaktoplysninger
<input type="checkbox"/> <b>Bosted</b> Angiv kontaktoplysninger
<input type="checkbox"/> <b>Hjemmepleje</b> Angiv kontaktoplysninger
<input type="checkbox"/> <b>Andre</b> Angiv myndighed og kontaktoplysninger

**Sundhedspersoner \***

Jeg giver samtykke til, at Resilio Psykiatri må udveksle relevante oplysninger med

- Egen læge
  
- Tidligere eller nuværende psykiatrisk regi  
Angiv årstal og afdeling/klinik/navn
  
- Andre  
F.eks. forsikringselskaber, pensionselskaber, arbejdsgiver eller lignende

**Familie/pårørende/dine nærmeste \***

Angiv navn, relation og kontaktoplysninger på familie/pårørende/dine nærmeste

Jeg giver samtykke til, at Resilio Psykiatri må dele oplysninger vedrørende  
(sæt gerne flere x'er)

- At jeg er i behandling ved Resilio Psykiatri
- Om den aktuelle behandling, herunder undersøgelsesresultater
- I må kontakte mine pårørende ved udeblivelse, hvis jeg ikke kan træffes
- Andet (uddyb venligst nedenfor)

**E-journal/sundhed.dk\***

Jeg giver samtykke til, at Resilio Psykiatri må indhente og behandle relevante oplysninger om mig via E-journal/sundhed.dk

- Ja  
 Nej

**Digital post \***

Jeg giver samtykke til, at Resilio Psykiatri må sende digital post til mig

- Ja  
 Nej

**Kvalitetssikring \***

Jeg giver samtykke til, at Resilio Psykiatri må sende et anonymiseret patienttilfredsheds-spørgeskema til mig i forbindelse med afslutning af mit forløb

- Ja  
 Nej

**Underskrift \***

Ved din underskrift giver du samtykke til, at Resilio Psykiatri i forbindelse med din aktuelle behandling må udveksle konkrete, relevante oplysninger med ovennævnte aktører.

Dato:

Underskrift:

**Regler for indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger m.m.**

Resilio Psykiatri vil gerne sikre dig det bedst mulige forløb, og derfor kan det i visse situationer være nødvendigt at udveksle informationer om dit helbred m.m. med bl.a. din praktiserende læge, myndigheder m.fl., hvilket kræver dit samtykke.

**Varighed**

Vi indhenter og videregiver kun de oplysninger, som er nødvendige for at kunne sikre den bedst mulige behandling. Samtykkeerklæringen gælder for det aktuelle behandlingsforløb, dog højst 1 år.

Du kan til enhver tid trække dit samtykke tilbage.

**Yderligere oplysninger**

Du er velkommen til at spørge sundhedspersonalet, hvis du har spørgsmål.  
For yderligere oplysninger henvises til sundhedslovens kap. 9.