

Fulde navn:

CPR-nummer:

Samtykke til udveksling af helbredsoplysninger

Alle sundhedspersoner har tavshedspligt. Som hovedregel må vi derfor ikke udveksle oplysninger om dit helbred med dine pårørende uden din tilladelse.

Samtykke til information af pårørende

Hvis vi i forbindelse med din behandling har brug for, at vi skal informere dine pårørende, kræver det dit samtykke.

Jeg giver samtykke til at følgende må informeres om mine helbredsforhold og aktuelle behandling:

- Ægtefælle/samlever
- Forældre
- Søskende
- Andre (anfør hvem)

Evt. pårørende eller andre personer der **ikke** må informeres? (navn)

Dato:

Underskrift:

Dit samtykke er gældende indtil du trækker det tilbage.