

Samtykkeerklæring til behandling af personoplysninger

Navn:	CPR.:
Adresse:	Postnr./By:
Tlf.nr.:	
E-mail:	

Hermed giver jeg samtykke til at min psykolog, Hope Cedercrantz, kan **indsamle** og må **behandle** personfølsomme oplysninger om mig.

Det gælder i forbindelse med behandlinger på klinikken og journalføring samt opbevaring af mine oplysninger. Journalen opbevares i 5 år jf. Sundhedsloven, regnet fra tidspunktet for den senest foretagne optegnelse.

Psykologer har tavshedspligt. **Videregivelse** af oplysninger i nedenstående tilfælde vil så vidt muligt kun ske i samarbejde mellem klient og psykolog.

Sæt kryds:

____ Jeg, som har henvisning fra egen læge, giver samtykke til, at psykolog Hope Cedercrantz må sende Startbrev til lægen. Hvis jeg er medlem af Sygeforsikring Danmark, kan der automatisk indberettes behandlinger via Equus,

____ Jeg, som har en sundhedsforsikring, giver samtykke til, at psykolog Hope Cedercrantz må indberette regninger vis Sygeforsikring Danmark, når sundhedsforsikringen kræver det. Endvidere at der må fremsendes begrundelse for forlænget samtaleforløb samt at give en kort afsluttende vurdering af forløbet til sundhedsforsikringen.

____ Jeg, som allerede har en aftale med kommunen herom, giver samtykke til, at psykolog Hope Cedercrantz må besvare en skriftlig anmodning om Status, Aktuel situation eller Vurdering. Sæt kryds.

Jeg har pligt til at underrette psykolog Hope Cedercrantz, hvis de skulle opstå ændringer i form af navn, adresse, tlf.nr. eller mailadresse, så længe jeg er i behandling

Jeg kan til enhver tid tilbagekalde mit samtykke. Det kan ske skriftligt ved brev til adressen:

Psykolog Hope Cedercrantz

Skolegangen 1.2, 2620 Albertslund eller e-mail: psykolog@hopecedercrantz.dk

Jeg er bekendt med , at jeg kan læse mere om persondataloven på www.datatilsynet.dk

Albertslund , d.: _____ Underskrift: _____

