

Samtykkeerklæring til behandling af personoplysninger

Navn:

Dato: / -

Adresse:

Postnr.:

By:

E-mailadresse:

Telefonnummer:

Cpr.nr.:

Undertegnede giver hermed Psykolog Hope Cedercrantz samtykke til, at denne kan behandle mine ovenfor nævnte persondata i forbindelse med behandling og rådgivning, journalføring samt til at opbevare disse oplysninger.

Jeg har pligt til at tage kontakt til Psykolog Hope Cedercrantz hvis der skulle opstå nogle ændringer i form af navn, adresse, telefonnr., og mailadresse.

Jeg giver desuden samtykke til, at Psykolog Hope Cedercrantz, kan indsamle og må behandle personfølsomme oplysninger om mig, idet omfang dette er nødvendigt for behandling og rådgivning.

Jeg er bekendt med, at Psykolog Hope Cedercrantz skal opbevare min patientjournal ifølge sundhedsloven i mindst 5 år.

Jeg forstår, at jeg til enhver tid kan trække nærværende samtykke tilbage. Det kan ske skriftligt ved brev til adressen:

Psykolog Hope Cedercrantz Falkoner Alle 1.3 sal, 2000 Frederiksberg eller mail til Psykolog@HopeCedercrantz.dk.

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

Ved underskrivelsen af nærværende samtykke bekræfter jeg samtidig at have modtaget vedhæftede skriftlige underretning fra Psykolog Hope Cedercrantz.

By: _____ Dato: ____/____ - ____

Navn (Evt. Værge)

**Copyright ©2024 Psykolog Hope Cedercrantz
All Rights Reserved**