

Samtykkeerklæring

Mit Navn:

Min Adresse:

Mit Telefonnummer:

Mit Cpr.nr:

Fuldmagt til:

Navn:

Adresse:

Telefonnummer:

Ved kontakt til den Regionale Visitation, gives fuldmagt til, at ovenstående på mine vegne må:

- give og modtage informationer om mine personlige og helbredsmæssige forhold, vedrørende min henvisning til undersøgelse/behandling på et offentligt sygehus
- tage beslutning om en eventuel omvisitering til et andet offentligt eller privat behandlingssted.

Min henvisning omhandler:

Fuldmagten bortfalder, når sagen er afsluttet.

Jeg kan når som helst trække fuldmagten tilbage ved at meddele dette til den Regionale Visitation.

Du har ret til at vide, hvordan vi indsamler og behandler dine personoplysninger. Læs mere på <http://www.rsyd.dk/personoplysninger>

Sted og dato

Underskrift

Fuldmagten fremsendes til:
Region Syddanmark
Regional Visitation
Damhaven 12
7100 Vejle