

Samtykkeerklæring

Mit Navn: _____

Min Adresse: _____

Mit Telefonnummer: _____

Mit CPR.nr.: _____

Fuldmagt til:

Navn: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Ved kontakt til Kontor for Sygehusvalg, gives fuldmagt til, at ovenstående på mine vegne må:

- give og modtage informationen 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 Kontor for Sygehusvalg.

Du har ret til at vide, hvordan vi indsamler og behandler dine personoplysninger. Læs mere på [Region Syddanmarks hjemmeside](#)

Sted og dato

Underskrift

Fuldmagten fremsendes til:
Region Syddanmark
Kontor for Sygehusvalg
Damhaven 12
7100 Vejle