



Samtykkeerklæring til behandling af personoplysninger

Navn:

Psykolog Gurli Mortensen
Violvænget 4
Bellinge
5250 Odense SV
tlf. 20748929

Dato: / -

Adresse:

Postnr.:

By:

Cpr.nr.:

Undertegnede giver hermed psykolog Gurli Mortensen samtykke til, at denne kan behandle mine ovenfornævnte persondata i forbindelse med behandling og rådgivning, journalføring samt til at opbevare disse oplysninger.

Jeg har pligt til at tage kontakt til psykolog Gurli Mortensen, hvis der skulle opstå nogle ændringer i form af navn, adresse, telefon nr., og mailadresse.

Jeg giver desuden samtykke til, at psykolog Gurli Mortensen, kan indsamle og må behandle personfølsomme oplysninger om mig, i det omfang dette er nødvendigt for behandling og rådgivning.

Jeg er bekendt med, at psykolog Gurli Mortensen 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 Violvænget 4. 5250 Odense SV eller mail til gurlimortensen@mail.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 Gurli Mortensen.

Afbud til aftalt tid skal ske senest dagen før kl. 16. Ved senere afbud, betales egenbetalingen.

By: Odense, Dato: ____/____-____

Navn (Evt. Værge)