

Samtykkeerklæring til behandling af personoplysninger

Dato: / -

Fulde navn:

Cpr.nr.:

Mail:

Tlf.:

Adresse:

Postnr.:

By:

Undertegnede giver hermed psykolog Maria Brønden 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, hvis der skulle opstå nogle ændringer i form af navn, adresse, telefonnr., og mailadresse.

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

Jeg er bekendt med, at psykologen 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 Eghomvej 9, 4220 Korsør eller mail til maria@wiechmann.dk

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

Ved accept af nærværende samtykke bekræfter jeg samtidig at have læst den nedenstående, udvidede underretning fra psykologen om persondataforordningens betydning for dig som klient som psykologen (Bilag 1).

By: _____ Dato: ____/____-____

Navn (Evt. Værge)