

## Samtykke-erklæring Til forældre og unge over 15 år



Børnelægeklinik

Lise Lykke Thomsen

For at kunne vurdere, udrede og behandle dit barn/dig (unge) på bedst mulig måde kan Børnelægeklinik v/Lise Lykke Thomsen have behov for at samarbejde med/udveksle private og fortrolige oplysninger. Kun informationer, der er af betydning for behandlingen kan ved behov deles mellem nedenstående relevante instanser.

Det skriftlige samtykke skal sikre, at du/I ved, hvilke oplysninger, der udveksles med hvem. Oplysninger drejer sig typisk om navn, cpr.nr, helbreds- og medicinoplysninger, forældrenes ægtestand, forældremyndighedsforhold samt evt relevante resultater fra andre læger/sygehuse.

Det er et lovkrav (sundhedslovens §§41-44, persondatalovens §§6-8 og forvaltningslovens §27 og §32) at der foreligger samtykke fra forældremyndighedsindehaver; og hvis den unge er 15 år eller ældre samtykke både fra forældremyndighedsindehaver og fra den unge selv - inden der må udveksles oplysninger. Kun de instanser der er markeret nedenfor er omfattet af samtykket. Samtykket gælder minimum 1 år fra underskrift og kan herefter mundtligt forlænges. Et givet samtykke kan til enhver tid trækkes tilbage ved henvendelse til klinikken.

Når samtykkeerklæringen er udfyldt og underskrevet, scannes den ind i barnets/den unges elektroniske journal – og originalen makuleres.

**Samtykke vedrørende:** \_\_\_\_\_  
(barnet/unges) navn \_\_\_\_\_ cpr-nr

Forældremyndighed (sæt kryds):  Fælles  Mor  Far

**Undertegnede:** \_\_\_\_\_  
forældre navn & cpr-nr (skrevet med blokbogstaver)

giver hermed tilladelse til, at Børnelægeklinik V/Lise Lykke Thomsen må udveksle relevante private og fortrolige oplysninger om mit barn/mig (den unge) til nedenstående samarbejdspartnere.  
Jeg/vi bekræfter hermed også at have kendskab til klinikens privatlivspolitik, der forefindes i venteværelset og på klinikens hjemmeside.

Forældre underskrift \_\_\_\_\_

**Ung over 15 år:** Underskrift fra den unge selv \_\_\_\_\_

Instans, der må udveksles med (sæt x)	Ja	Nej	Instans	Ja	Nej
Praktiserende Læge (pt's egen læge)			Sygehuse		
Kommunal sagsbehandler/familierådgiver			Sundhedsplejen		
Skole/daginstitution/SFO (kontaktperson)			Forsikringsselskab navn		
Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR)			Politi		
Pleje-/aflastningsfamilie, familiekonsulent, støttekontaktperson			Pårørende (navn):		

Samtykket er afgivet d. \_\_\_\_\_ .

Samtykket indhentet af Børnelægeklinik v/Lise Lykke Thomsen d. \_\_\_\_\_ af \_\_\_\_\_ .  
Initialer

Scannet d. \_\_\_\_\_ af \_\_\_\_\_ .  
Initialer