

Patientens navn og cpr.nr.

## Erklæring af samtykke til udveksling af sundhedsoplysninger

Jeg giver hermed min tilladelse til, at Psykiatrien i Region Nordjylland må udveksle oplysninger med:

**Psykiatrien i Region Nordjylland**

Mølleparkvej 10  
9000 Aalborg  
Tlf.: 97 64 30 00  
Fax: 98 12 95 44  
www.psykiatri.rn.dk

13. februar 2013

version 1

\_\_\_\_\_

*Det anføres så præcist som muligt, hvem patienten tillader, at der udveksles oplysninger med (fx navn på pårørende, afdeling i kommune).*

vedrørende:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Det anføres konkret hvilke fortrolige oplysninger, der kan udveksles og til hvilket formål ( fx de nødvendige oplysninger til brug for en kommunes vurdering af hjælpebehov efter serviceloven (botilbud/støttekontaktperson/hjemmesygepleje mv.))*

Denne tilladelse gælder for højst 1 år, men jeg kan til enhver tid tilbagekalde mit samtykke, så længe udveksling af oplysninger ikke har fundet sted.

Dato \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_