

# Samtykke-erklæring Forældre og unge over 15 år



Speciallægeklinik for Børn og Unge v/Line Cleemann skal i medfør af databeskyttelsesforordningen oplyse om vores behandling af dit barns/dine (unge) personoplysninger. Når vi optager journal mv., indsamler og anvender Speciallægeklinik for Børn og Unge personoplysninger om dit barn/dig (unge) bl.a. til brug for barnets/din (unge) behandling. Det drejer sig typisk om navn, cpr.nr, helbreds- og medicinoplysninger, forældrenes ægtestand, samt forældremyndighedsforhold.

I forbindelse med undersøgelse og behandling af dit barn/dig (unge) kan Speciallægeklinik for Børn og Unge v/ Line Cleemann have behov for at udveksle private og fortrolige oplysninger med andre samarbejdspartnere. Oplysninger må kun udveksles i det omfang, det er nødvendigt, og det er kun oplysninger med betydning for undersøgelse og behandling, som deles.

Klinikens ansatte har tavshedspligt. Det betyder, at de som udgangspunkt ikke må udveksle oplysninger om dit barns/dit (unge) helbred og andre personlige oplysninger uden dit samtykke. Man kan give samtykke, når man er fyldt 15 år.

Kun de instanser der er markeret nedenfor, er omfattet af samtykket. Et samtykke til at udveksle oplysninger gælder i højst et år. Du kan altid helt eller delvist tilbagekalde dit samtykke, hvis oplysningerne ikke allerede er indhentet eller givet videre. Du har som udgangspunkt ret til helt eller delvist at frabede dig, at der udveksles oplysninger.

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 og cpr-nr. (blokbogstaver)

giver hermed tilladelse til, at Speciallægeklinik for Børn og Unge v/Line Cleemann må udveksle nødvendige og relevante oplysninger om mit barn/mig (unge) til følgende samarbejdspartnere:

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			Forsikringssselskab, navn:		
Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR)			Politi		
Pleje-/aflastningsfamilie, familiekonsulent, støttekontaktperson			Pårørende (navn):		

Dato: \_\_\_\_\_

Forældre underskrift \_\_\_\_\_

Ung over 15 år: underskrift (den unge selv) \_\_\_\_\_