

I forbindelse med din undersøgelse på Arbejdsmedicinsk Klinik beder vi dig udfylde, underskrive og medbringe

SAMTYKKEERKLÆRING

Vedrørende indhentning og videregivelse af oplysninger*:

Jeg giver mit samtykke til, at Arbejdsmedicinsk Klinik, Regionshospitalet Herning

Kan indhente relevante	Ja	Nej
<ul style="list-style-type: none">• Oplysninger om sagsforløb og afgørelse i Arbejdsskadestyrelsen og Ankestyrelsen vedrørende arbejdsskadesager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">• ATP-oplysninger om mine tidligere ansættelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">• Helbredsoplysninger fra egen læge, speciallæger og sygehusafdelinger, hvor jeg har været behandlet i forbindelse med vurdering af min sygdom eller sag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
og videregive journal kopi eller resume af journaloptagelser	Ja	Nej
<ul style="list-style-type: none">• til Arbejdsskadestyrelsen eller Ankestyrelsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">• til den instans, der har henvist mig (praktiserende læge, speciallæge, fagforening)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">• til min kommune (sygedagpenge, revalidering, fleksjob, førtidspension)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cpr.nr.: _____ - _____ Navn: _____

Telefon: _____ / _____ / _____

Email: _____

Dato: _____ Underskrift: _____

Samtykket gælder et år fra dags dato, men kan i øvrigt til enhver tid trækkes tilbage ved meddelelse til Arbejdsmedicinsk Klinik.

***) INFORMATION**

I forbindelse med din undersøgelse på Arbejdsmedicinsk Klinik, Regionshospitalet Herning, kan det af hensyn til behandling af din sag være nødvendigt at indhente og videregive helbredsoplysninger og oplysninger om arbejdsforhold. Udveksling af oplysninger som nævnt, vil alene ske mellem de personer/instanser der er nævnt i denne erklæring.