

SAMTYKKEERKLÆRING

Vedrørende indhentning og videregivelse af oplysninger:

Jeg giver mit samtykke til, at Arbejdsmedicin

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Kan indhente relevante | Ja | Nej |
| • Oplysninger om sagsforløb og afgørelse i Arbejdsmarkedets Erhvervssikring og Ankestyrelsen vedrørende arbejdsskadesager | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Helbredsoplysninger ved opslag i journal og 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"/> |
| 2. Kan videregive arbejdsmedicinsk journalkopi eller resume af journaloptagelser | Ja | Nej |
| • til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring eller Ankestyrelsen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • til den instans, der har henvist mig til Arbejdsmedicin | <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 Arbejdsmedicin.

VIGTIG INFORMATION:

Vi beder om dit samtykke til, at vi på Arbejdsmedicin (læge, psykolog eller socialrådgiver) må indhente og videregive helbredsoplysninger og oplysninger om arbejdsforhold, hvis det er nødvendigt for at kunne behandle din sag.

Hvis det bliver nødvendigt at videregive dine oplysninger, sker det kun til de personer/instanser, der er nævnt ovenfor.