

Samtykke til at videregive mine oplysninger til sundhedsforsikring

Navn:

Cpr-nr:

Telefonnummer:

E-mail:

Hvis din sundhedsforsikring betaler for din undersøgelse eller behandling, er det en forudsætning for dækning, at du giver samtykke til, at forsikringsselskabet modtager en kopi af din journal. Hvis du ikke ønsker at give samtykke, bedes du kontakte personalet med det samme.

Jeg giver samtykke ☐

Ønsker ikke udveksling ☐

Underskrift

Dato: _____

Underskrift: _____