

Frabedelse af samtykke

Frabedelse til videregivelse af mine oplysninger

Navn:

Cpr-nr:

Telefonnummer:

E-mail:

- Jeg ønsker ikke, at mine helbredsoplysninger sendes til min egen læge ☐
- Jeg ønsker ikke, at mine helbredsoplysninger sendes til Sundhed.dk ☐
- Jeg ønsker ikke, at Aleris læser min journal på Sundhed.dk ☐
- Jeg ønsker ikke, at mine helbredsoplysninger sendes til øvrige sundhedspersoner ☐
- Jeg ønsker ikke videregivelse af helbredsoplysninger til mit forsikringsselskab ☐

Hvis din sundhedsforsikring betaler for din undersøgelse/behandling, er det en forudsætning for betaling, at dit forsikringsselskab modtager en kopi af din journal.

Hvis du frabeder dig dette, beder vi dig kontakte personalet.

Du er til enhver tid berettiget til at trække dine samtykker helt eller delvist tilbage. Det gør du ved at kontakte Aleris' personale. Din tilbagetrækning af et samtykke berører ikke lovligheden af den behandling, der er foretaget, inden du trak dit samtykke tilbage.

Dit samtykke er knyttet til din konkrete behandling hos os. Samtykke til udveksling af oplysninger med dit forsikringsselskab eller din bopælsregion m.m. gælder i højst 1 år. Du kan læse om reglerne for samtykke og Aleris' behandling af personoplysninger på www.aleris.dk

Underskrift

Dato: _____ Underskrift: _____