

Samtykke-erklæring

Navn _____	Kode _____	
Adresse _____ _____		
Fødselsdag (dag/måned/år) _____	Alder _____	Køn: M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>
Telefon _____	Email _____	

Henvendelsesårsag _____ _____
Allergi/overfølsomhed _____ _____
Helbredsoplysninger _____ _____
Evt. medicin, kosttilskud _____ _____
Evt. anden alternativ behandling _____
Forventning om udbytte _____ _____

Jeg giver hermed mit samtykke til:

Sæt kryds (x):

- at DK-Kinesiolog® RAB Susan Lunddahl må registrere og opbevare journaloplysninger om mig til brug i mit behandlingsforløb, jf. Persondatalovens § 5. Stk. 3 og § 7 stk. 2 og 5.

Dato: _____ Underskrift _____

Der gøres opmærksom på, at der er ret til aktindsigt, jf. Persondatalovens § 31, § 35 og § 37