

# Samtykke-erklæring

## til Klinik Velfungerende ved Susan Lunddahl, DK-Kinesiolog RAB

Navn \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fødselsdato (DD/MM/ÅÅ) \_\_\_\_\_

Kode \_\_\_\_\_ *(udfyldes af Susan)*

- Samtykke er afgivet frivilligt.
- Jeg kan til enhver tid tilbagekalde mit samtykke.
- Samtykke er givet til registrering og opbevaring af journalføring af mit behandlingsforløb.
- Der sker ingen udlevering af informationer om behandling til tredje part.
- Opbevaring af journal sker i aflåst arkivskab. Arkivskab er placeret i klinikken.
- Jeg har til enhver tid ret til at få mine personoplysninger slettet. Journalen makuleres senest 3 år efter behandlingsforløbet er afsluttet.
- Jeg har ret til at få ændret urigtige eller vildledende oplysninger.
- Jeg har ret til at flytte mine personoplysninger til anden behandler.
- Behandling kan ikke stå i stedet for lægelig behandling.

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_

Persondataforordningen 2018