|  |
| --- |
| **Samtykkeerklæring****til behandling af personoplysninger[[1]](#footnote-1)** |

Jeg giver hermed mit samtykke til, at Socialmedicinsk Enhed/Klinisk Funktion, Aalborg Universitetshospital til brug i forbindelse med vurdering/samtale må kontakte og udveksle oplysninger med:

|  |  |
| --- | --- |
|  | * sygehusafdelinger
* privatpraktiserende speciallæger
* elektronisk sygehusjournal
 |

Jeg giver samtykke til, at Socialmedicinsk Enhed/Klinisk Funktion til brug i forbindelse med vurdering/samtale må kontakte og udveksle oplysninger med:

|  |  |
| --- | --- |
|  | * min praktiserende læge
 |

Jeg er orienteret om, at jeg til enhver tid kan trække mit samtykke til behandling af mine personoplysninger tilbage. Hvis jeg ønsker at trække mit samtykke tilbage, skal jeg kontakte:

Socialmedicinsk Enhed/Klinisk Funktion, Aalborg Universitetshospital,

mail: socialmedicin@rn.dk eller tlf. 97 66 41 40.

Hvis jeg trækker mit samtykke tilbage, betyder det, at der ikke vil ske yderligere behandling af mine oplysninger til det formål, som er beskrevet i denne samtykkeerklæring.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Navn

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cpr.nr.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dato og underskrift

Samtykket er gældende 1 år.

Du kan læse mere om samtykke i Datatilsynets vejledning ”Samtykke” på www.datatilsynet.dk.

Du kan læse mere om dine rettigheder, når Region Nordjylland behandler dine personoplysninger, på www.rn.dk .

1. efter Databeskyttelsesforordningen artikel 6, stk. 1, litra a, artikel 9, stk. 2, litra a samt artikel 7. [↑](#footnote-ref-1)