

Gribskov Børne- og Ungdomspsykiatriske Klinik

V. Speciallæge Rie Obling



Samtykkeerklæring til videregivelse og indhentning af oplysninger der vedrører
aktuel undersøgelse/behandling på Gribskov Børne- og Ungdomspsykiatriske Klinik.

Patientnavn:		Cpr. Nr.:
På dette skema beder vi om samtykke til at videregive og indhente oplysninger til/fra personer der er angivet nedenfor. Der er kun tale om oplysninger/ udtalelser der er relevante for dit/dit barns undersøgelse og behandling, eks. oplysninger omkring helbred, udvikling, skoleforløb og sociale forhold.		
Udfyldes af den unge over 15 år eller af forældremyndighedshaver(ne), når barnet/den unge er under 15 år		
Indhente	Videregive	
☐	☐	Forældre navn(e):
☐	☐	Socialforvaltning:
☐	☐	PPR:
☐	☐	Daginstitution:
☐	☐	Skole:
☐	☐	Egen læge: - Videregivelse indbefatter epikrise ved afsluttet forløb
☐	☐	Hospital:
☐	☐	Forsikringsselskab:
☐	☐	Andre:

☐ Ved min underskrift bekræfter jeg, at eventuelt kliniske samarbejdspartnere eller ansatte på Gribskov Børne- og Ungdomspsykiatriske Klinik kan skrive og læse i min journal som led i mit forløb/behandling. Ligeledes bekræfter jeg, at have læst vedlagte information om samtykke. Samtidig accepterer jeg, at kommunikation med Gribskov Børne- og Ungdomspsykiatriske klinik kan ske via klinikkens patientportal.

Særligt for børn under 15 år (Hvis du er under 15 år, underskrives samtykke erklæringen af dine forældre eller din værge. Er der delt/fælles forældremyndighed skal BEGGE FORÆLDRE UNDERSKRIVE : Forældremyndigheds indehaveren er: Fælles:_____ Kun mor:_____ Kun far:_____
Navn, forældremyndighedsindehaver 1: _____ Cpr. Nr.: _____
☐ Jeg erklærer på tro og love, at jeg har del i forældremyndigheden over barnet.
☐ Jeg erklærer på tro og love, at jeg er værge over barnet.
Navn, forældremyndighedsindehaver 2: _____ Cpr. Nr.: _____
☐ Jeg erklærer på tro og love, at jeg har del i forældremyndigheden over barnet.
☐ Jeg erklærer på tro og love, at jeg er værge over barnet.

Dato: _____
Underskrift patient ELLER forældremyndighedsindehaver 1

Dato: _____
Forældremyndighedsindehaver 2



FREDENSBORG
Chrst Boecksvej 4
3480 Fredensborg



HJEMMESIDE
www.gribskovbogu.dk



TELEFON TID
mandag-torsdag
kl. 13.00-14.30
51 80 80 26

Hvorfor beder vi om dit samtykke?

Alle ansatte i sundhedsvæsenet og studerende, der som led i en sundhedsvidenskabelig eller sundhedsfaglig uddannelse deltager i behandlingen af en patient, er underlagt reglerne om tavshedspligt, reglerne i databeskyttelsesforordningen, databeskyttelsesloven og sundhedsloven. Personalet må derfor som udgangspunkt ikke uden dit samtykke indhente eller videregive oplysninger om dit helbred, rent private forhold og andre fortrolige oplysninger til pårørende, andre personer, myndigheder eller institutioner. Udveksling af helbredsoplysninger mv. er dog ofte afgørende for en vellykket behandling og et sammenhængende behandlingsforløb, derfor er udgangspunktet, at sundhedspersoner, der er involveret i dit aktuelle behandlingsforløb, når det er nødvendigt, vil kunne videregive eller indhente helbredsoplysninger mv. til brug herfor med dette samtykke.

Til hvem kan vi videregive oplysninger, og hvem ønsker vi at indhente oplysninger fra?

På dette skema anmoder vi om dit samtykke til, at Gribskov- Børne og Ungdomspsykiatriske klinik kan videregive helbredsoplysninger mv. til de pårørende, som du ønsker skal informeres. Samtykkeerklæringen omfatter også mulighed for, at Gribskov Børne- og Ungdomspsykiatriske klinik, ved behov, kan indhente relevante oplysninger om din eventuelle tidligere behandling, udvikling, skoleforløb og sociale forhold. Den giver ligeledes mulighed for, at klinikken kan videregive oplysninger om din aktuelle behandling til andre sundhedspersoner eller f.eks. sociale myndigheder. Det kan være hensigtsmæssigt, at man bruger dine journaloplysninger til at forbedre kvaliteten af behandlingerne. Det kan f.eks. være i forbindelse med sammenligning af behandlingsmetoder mhp. at finde den bedste kvalitet. Når din behandling på Gribskov Børne- og Ungdomspsykiatriske klinik er afsluttet, sendes et udskrivningsbrev til din praktiserende læge samt forsikringsselskab såfremt du er henvist hertil via disse. Hvis du ikke ønsker dette, beder vi dig fortælle os det.

Hvor omfattende er dit samtykke?

Som hovedregel kan du give samtykke til videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv., fra du er fyldt 15 år. Er du under 15 år, skal forældremyndighedsindehaverne samtykke. Der må aldrig videregives eller indhentes helbredsoplysninger mv. i videre omfang end påkrævet til det konkrete formål, hvorfor personalet altid skal vurdere relevansen af de oplysninger, der videregives. Du har altid ret til, at frabede dig, at der videregives oplysninger. Hvis du gør det, skal du oplyses om, hvilke konsekvenser det kan have for dit behandlingsforløb. Dit samtykke til videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger til andre formål end behandling gælder i højst et år, eller indtil du ønsker at trække det tilbage. Dette samtykke skal normalt være skriftligt. Det konkrete samtykke gælder alene under din aktuelle behandling og ophører således, når denne er afsluttet.

Har du spørgsmål?

Har du spørgsmål til reglerne om videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v., er du altid velkommen til at spørge på klinikken. Regler om videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v. findes i Sundhedsloven og i Sundhedsstyrelsens Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v., samt Sundhedsstyrelsens Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt - dialog og samarbejde med patientens pårørende.