Kiropraktorerne Fohlmann & Falk

Tarphagevej 45, 6710 Esbjerg V

**Samtykkeerklæring.**

Samtykkeerklæringen gælder aktuelle behandlingsforløb og er gældende 1 år fra datoen for underskriften.

**Må klinikken INDHENTE helbredsoplysninger om tidligere behandling?**

Jeg giver samtykke til, at klinikken må indhente relevant journalmateriale, herunder evt. billeddiagnostisk materiale fra følgende: (sæt kryds)

❑ egen læge ❑ speciallæge ❑ kiropraktor ❑ fysioterapeut

❑ offentlige sygehus ❑ privathospital

**Må klinikken VIDEREGIVE helbredsoplysninger til andre sundhedspersoner?**

Jeg giver samtykke til, at klinikken kan videresende relevante helbredsoplysninger

til følgende sundhedspersoner i offentlig eller privat regi: (sæt kryds)

❑ egen læge ❑ speciallæge ❑ kiropraktor ❑ fysioterapeut

❑ offentlige sygehus ❑ privathospital

**Må klinikken VIDEREGIVE helbredsoplysninger til andre?**

Bliver din behandling betalt af en sundhedsforsikring eller forsikringsselskab skal du vide, at de i forbindelse med fakturering og evt. tildeling af flere behandlinger som regel kræver, at vi videregiver dine helbredsoplysninger.

Jeg giver samtykke til, at klinikken kan videresende relevante helbredsoplysninger til følgende: (sæt kryds)

❑ sundhedsforsikring ❑ forsikringsselskab ❑ kommune (fx jobcenter, hjemmepleje)

**Må din kiropraktor rådføre sig med anden kiropraktor eller fysioterapeut her på klinikken omkring dit aktuelle behandlingsforløb?**

❑ (sæt kryds) Jeg giver samtykke til at min kiropraktor må rådføre sig med anden kiropraktor eller fysioterapeut her på klinikken.

Dato: / 20 Underskrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I forbindelse med din behandling kan der være brug for, at klinikken må videregive oplysninger til dine pårørende om dine helbredsforhold og den aktuelle behandling

Navn og tlf. på pårørende:

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