



## Børneklivnikken i Lyngby

Siri Fredheim Sørensen

### Samtykkeerklæring

For at kunne vurdere, udrede og behandle dit barn/dig (unge) på bedst mulig måde kan Børneklivnikken i Lyngby ved Siri Fredheim Sørensen have behov for at samarbejde med/udveksle private og fortrolige oplysninger. Kun informationer, der er af betydning for behandlingen kan ved behov deles mellem nedenstående relevante instanser.

Det skriftlige samtykke skal sikre, at du/I ved, hvilke oplysninger, der udveksles med hvem. Oplysninger drejer sig typisk om navn, cpr.nr, helbreds- og medicinoplysninger, forældrenes ægtestand, forældremyndighedsforhold samt evt. relevante resultater fra andre læger/sygehuse.

Det er et lovkrav (sundhedslovens §§41-44, persondatalovens §§6-8 og forvaltningslovens §27 og §32) at der foreligger samtykke fra forældremyndighedsindehaver; og hvis den unge er 15 år eller ældre samtykke både fra forældremyndighedsindehaver og fra den unge selv - inden der må udveksles oplysninger. Kun de instanser der er markeret nedenfor, er omfattet af samtykket. Samtykket gælder minimum et år fra underskrift og kan herefter mundtligt forlænges. Et givet samtykke kan til enhver tid trækkes tilbage ved henvendelse til klivnikken.

Når samtykkeerklæringen er udfyldt og underskrevet, indtastes den i barnets/den unges elektroniske journal – og originalen makuleres

**Samtykke vedrørende:** \_\_\_\_\_  
(barnet/unges) navn \_\_\_\_\_ CPR-nr

Forældremyndighed (sæt kryds):  Fælles  Mor  Far

**Undertegnede:** \_\_\_\_\_  
forældre navn & CPR-nr. (blokbogstaver)

giver hermed tilladelse til, at Børneklivnikken i Lyngby ved Siri Fredheim Sørensen må udveksle relevante private og fortrolige oplysninger om mit barn/mig (den unge) til nedenstående samarbejdspartnere.

Jeg/vi bekræfter hermed også at have kendskab til klivnikkens privatlivspolitik, der forefindes i venteværelset og på klivnikkens hjemmeside.

Forældre underskrift \_\_\_\_\_

**Ung over 15 år:** Underskrift fra den unge selv \_\_\_\_\_

Instans, der må udveksles med (sæt x)	Ja	Nej	Instans	Ja	Nej
Praktiserende Læge (pt's egen læge)			Sygehuse		
Kommunal sagsbehandler/familierådgiver			Sundhedsplejen		
Skole/daginstitution/SFO (kontaktperson)			Forsikringsselskab navn		
Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR)			Politi		
Pleje-/aflastningsfamilie, familiekonsulent, støttekontaktperson			Pårørende (navn):		

Samtykket er afgivet d. \_\_\_\_\_ .

Samtykket indhentet af Børneklivnikken i Lyngby d. \_\_\_\_\_ af \_\_\_\_\_ . Initialer