

Samtykkeerklæring til psykologbehandling i Ankaros Psykologklinik

Navn: _____ CPR-nummer: _____

Jeg/Vi underskriver hermed samtykke til, at jeg/mit barn indgår i undersøgelse, rådgivning og/eller behandling hos Karina Rosenberg, Ankaros Psykologklinik.

Hvad samtykker du/I til?

- At Karina Rosenberg indsamler, behandler og opbevarer personfølsomme oplysninger om barnet/den unge.
- At Karina Rosenberg læser det materiale, som du/I tager med.
- At Karina Rosenberg kan rådgive og udveksle informationer med personer, der er til stede på dagen.

Derudover samtykker jeg til, at _____ orienteres om dit/dit barns forløb i klinikken.

Vigtigt at vide:

- En udfyldt samtykkeerklæring er nødvendig for at modtage behandling.
- Hvis erklæringen ikke er udfyldt ved fremmøde, kan behandlingen ikke påbegyndes og vil blive betragtet som udeblivelse. Udeblivelse faktureres i henhold til de regler og rammer, der er beskrevet på hjemmesiden.
- Med din underskrift accepterer du/I, at informere Karina Rosenberg om ændringer i dit/dit barns navn eller adresse. Med din underskrift accepterer du/I, at Karina Rosenberg er forpligtiget til at følge op såfremt det vurderes, at du/dit barn er til fare for sig selv eller andre. Opfølgning kan ske ved fx at orientere nærmeste pårørende og/eller orientere relevant myndighed herom fx gennem underretning.

Dine rettigheder og varighed af samtykket:

- Du/I kan til enhver tid trække dette samtykke tilbage.
- Samtykket er gældende i 1 år fra dags dato.
- Karina Rosenberg opbevarer journalen i 5 år, som loven kræver. Derefter slettes oplysningerne, medmindre du/barnet stadig er i behandling.

Samtykkeerklæring til psykologbehandling i Ankaros Psykologklinik

Underskrift af dig (15 år og derover):

Fulde navn: _____

Underskrift: _____

Dato: _____

Telefonnummer/email: _____

Bopælsadresse: _____

Er du under 18 år, skal din/dine forældremyndighedsindehaver(e) også underskrive:

Forældremyndighedsindehaver 1:

Fulde navn: _____

CPR-nr: _____

Underskrift og dato: _____

Telefonnummer/email: _____

Bopælsadresse: _____

Ved én forældremyndighedsindehaver:

☐ Jeg bekræfter med mit samtykke, at jeg er eneste indehaver af forældremyndigheden over barnet/den unge.

Forældremyndighedsindehaver 2:

Fulde navn: _____

CPR-nr: _____

Underskrift og dato: _____

Telefonnummer/email: _____

Bopælsadresse: _____