**Oplysningsskema og samtykkeerklæring**

Udfyldes i forbindelse med første kontakt. Skal derudover udfyldes **en gang årligt**.

**Personlige data:**

Navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cpr.nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Samtykkeerklæring:**

Jeg giver hermed mit samtykke til, at klinikken i forbindelse med udredning og behandling af min helbredstilstand, kan indhente og videregive relevante oplysninger om mig. Tilladelsen kan til enhver tid tilbagekaldes og bortfalder under alle omstændigheder efter 1 år fra samtykket er givet. Relevante oplysninger kan indhentes fra og videregives til egen læge, henvisende læge, speciallæger, e-journal og sygehuse. Ved underskrift nederst på siden giver du samtykke.

Antal genstande alkohol pr. uge: \_\_\_\_\_\_\_

Rygning: Sæt kryds: Aldrig røget: \_\_\_\_ Ryger:\_\_\_\_ Ophørt: \_\_\_\_

Vægt: \_\_\_\_\_\_\_ Højde: \_\_\_\_\_\_\_

Lider du af klaustrofobi? Sæt kryds: Ja: \_\_\_\_ Nej: \_\_\_\_

Har du metal i kroppen? Sæt kryds: Ja: \_\_\_\_ Nej: \_\_\_\_ Uddyb i givet fald:

Lider du af medicinudløst allergi: Sæt kryds: Ja: \_\_\_\_ Nej: \_\_\_\_

Hvis ja, hvilken medicin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kan du modtage digital post? Sæt kryds: Ja: \_\_\_\_ Nej: \_\_\_\_

(Bemærk at evt. digital post sendes til platformen Mit.dk og ikke e-Boks)

Anfør med så få ord som muligt årsagen til din henvisning:

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

**Dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Underskrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**