

Samtykkeerklæring.

Navn _____

CPR (kun ved zoneterapi og medlem af Danmark) _____

Telefon _____

E-mailadresse _____

Undertegnede er informeret mundtligt og skriftligt om hvilke oplysninger, der journal føres og opbevares og til hvilket formål, og giver tilladelse til at oplysningerne må opbevares og anvendes af den pågældende behandler i henhold til nedenstående afkrydsning/er.

Sæt kryds(x).

Nedenstående behandler har min tilladelse til at journalføre og opbevare mine oplysninger, der har betydning for at terapeuten kan planlægge og udføre sin terapiform.

- Samtykket kan til enhver tid tilbage trækkes, ved tilbage trækning slettes oplysningerne.

- Journalen opbevares fortroligt, papirjournaler i aflåst skab, elektroniske journaler, beskyttes af adgangskode ect.

- Oplysningerne slettes automatisk 5. år efter afsluttende behandling.

Nedenstående behandler har min tilladelse til at behandle mit barn under 18 år.

Nedenstående behandler har min tilladelse til at indberette behandlingen elektronisk til "danmark" eller anden sundhedsforsikring.

Dato. _____ Underskrift _____

Der gøres opmærksom på, at den registrerede har rettigheder, jf. GDPR Persondataforordningen, vedr. behandling af personoplysninger, i form af indsigt, indsigelse, og mulighed for sletning af urigtige og vildledende oplysninger, Endvidere er det muligt til enhver tid at trække sin tilladelse/samtykke tilbage, Yderligere oplysninger www.datatilsynet.dk

Greve Sportsmassage V/Hanne Jakobsen

Rytterbakken 14, 2670 Greve

CVR. NR 31540594