

Samtykke erklæring			
Undertegnede			
Navn			
Adresse			
Postnr.		By	
Telefon		Fødselsdag/CPR	
Hvis relevant, navn på privat sundhedsforsikring			

giver hermed mit udtrykkelige samtykke til, at

### Akupunktur og Kranio Sakral Terapi, v farmaceut Vibeke Friis

opbevarer *nødvendige* personlige oplysninger om mig, for at jeg kan modtage den behandling, som diagnosticeres til at være nødvendig i forbindelse med min henvendelse.

Jeg bekræfter, at jeg er blevet **informeret** om, at

- samtykkeerklæringen kun er gyldig, fordi jeg har afgivet den *frivilligt*
- oplysningerne *udelukkende anvendes i forbindelse med det, min henvendelse vedrører*
- oplysningerne udelukkende anvendes *i forbindelse med den behandling, der iværksættes*
- jeg til enhver tid har *ret til indsigt* i de opbevarede oplysninger
- mine personlige oplysninger *slettes/destrueres senest 5 år efter sidste behandling*
- *jeg kan tilbagekalde samtykkeerklæringen* og at mine personlige oplysninger derefter slettes eller anonymiseres.

Jeg bekræfter endvidere, at jeg, hvis det er relevant, er indforstået med **videregivelse** af

- *nødvendige personoplysninger til privat sundhedsforsikring (f.eks. Sygeforsikring Danmark, PFA), hvis denne skal dække behandlingen helt eller delvis. Videregivelse vil være i overensstemmelse med forsikringselskabet til enhver tid gældende krav.*

Kongens Lyngby

Dato

Underskrift