

Samtykkeerklæring

Mit Navn:

Min Adresse:

Mit Telefonnummer:

Mit Cpr.nr:

Fuldmagt til:

Navn:

Adresse:

Telefonnummer:

Ved kontakt til den Regionale Visitation, gives fuldmagt til, at ovenstående på mine vegne må:

- give og modtage informationer om mine personlige og helbredsmæssige forhold, vedrørende min henvisning til undersøgelse/behandling på et offentligt sygehus
- tage beslutning om en eventuel omvisitering til et andet offentligt eller privat behandlingssted.

Min henvisning omhandler:

Fuldmagten bortfalder, når sagen er afsluttet.

Jeg kan når som helst trække fuldmagten tilbage ved at meddele dette til den Regionale Visitation.

Sted og dato

Underskrift

Fuldmagten fremsendes til:
Region Syddanmark
Regional Visitation
Damhaven 12
7100 Vejle

Eller pr. fax på
Fax nr. 7663 2096