

Samtykkeerklæring til klagebesvarelse

Ved udfyldelse af denne samtykkeerklæring, giver jeg samtykke til, at

(fulde navn)

må klage på mine vegne over

(klagens indhold, forløb, afdeling og periode)

Hertil, at hun/han må få de oplysninger om mig, som er nødvendige for at Psykiatrien i Region Midtjylland kan svare på klagen. Hvis det er nødvendigt at lave opslag i min patientjournal for at svare på klagen, giver jeg også tilladelse til dette.

Denne samtykkeerklæring gælder fra underskriftens dato og et år frem. Samtykket kan til enhver tid tilbagekaldes.

Mit navn: _____ Cpr-nummer: _____

Underskrift: _____ Dato: _____

Samtykkeerklæringen indeholder personfølsomme oplysninger, og skal derfor sendes via [Sikker Post](#).