

# VOKSENPSYKIATRI

## SAMTYKKEERKLÆRING – indhentning og videregivelse af oplysninger

Patientoplysninger	
Navn	CPR nr.
<i>Samtykkeerklæringen er opdelt i tre afsnit. Del 1 skal du selv forsøge at udfylde. I de tilfælde del 2 og 3 skal udfyldes, vil sundhedspersonalet gøre det sammen med dig.</i>	

### DEL 1 – udfyldes af patienten

Ved udfyldelse af del 1 giver du samtykke til, at vi må udveksle de nærmere angivne oplysninger med dine pårørende. Det kan for eksempel være oplysninger om dit behandlingsforløb eller oplysninger om, at du er i behandling her. Hvis vi ikke får dit samtykke, betyder det, at vi ikke kan hverken be- eller afkræfte over for dine pårørende, om du er indlagt/i et behandlingsforløb eller ej, hvis de henvender sig til afdelingen, hvilket ofte kan skabe stor bekymring.

### Familie / pårørende / dine nærmeste

Angiv navn, relation og kontaktinformationer på familie/pårørende/dine nærmeste:

Der må udveksles oplysninger vedrørende (sæt gerne flere x'er):

- Oplysning om, at jeg er indlagt/i behandling
- Oplysninger om den aktuelle behandling, herunder undersøgelsesresultater
- Andet

I må kontakte mine pårørende ved udeblivelse, hvis jeg ikke kan træffes

### DEL 2 – udfyldes sammen med sundhedspersonalet

#### Sociale myndigheder og hjemmeplejen

##### Kommune

Angiv navn på kommune:

Der kan udveksles oplysninger vedrørende:

Her skal der stå, hvilke oplysninger vi må dele med din hjemkommune og til hvilket formål

##### Bostøtte

Angiv navn på bostøtte:

Der kan udveksles oplysninger vedrørende:

Her skal der stå, hvilke oplysninger vi må dele med din bostøtte og til hvilket formål

##### Bosted

Angiv navn på bostedet:

Der kan udveksles oplysninger vedrørende:

Her skal der stå, hvilke oplysninger vi må dele med dit bosted og til hvilket formål

**SAMTYKKEERKLÆRING – indhentning og videregivelse af oplysninger****DEL 2 – udfyldes sammen med sundhedspersonalet****Sociale myndigheder og hjemmeplejen****Hjemmeplejen**

Angiv navn på hjemmeplejen:

Der kan udveksles oplysninger vedrørende:

Her skal der stå, hvilke oplysninger vi må give videre til hjemmeplejen og til hvilket formål

**Andre**

Angiv navn:

Der kan udveksles oplysninger vedrørende:

Her skal der stå, hvilke oplysninger vi må give videre til personen/institutionen nævnt overfor

**DEL 3 – udfyldes sammen med sundhedspersonalet****Andre aktører end nævnt i del 1 og 2****Sundhedspersoner – behandlingsoplysninger eller oplysninger til andre formål end den aktuelle behandling**

Hvem ønskes der udvekslet oplysninger med (sæt x):

Egen læge

Praktiserende speciallæge

Hospitaller uden for Region Midtjylland

Hjemmesygeplejen

Angiv navn:

Der kan udveksles oplysninger vedrørende:

Her skal der stå, hvilke oplysninger vi må dele og til hvilket formål

**Andre (forsikringsselskaber, pensionsselskaber, arbejdsgiver eller lign.)**

Angiv navn:

Der kan udveksles oplysninger vedrørende:

Her skal der stå, hvilke oplysninger vi må dele og til hvilket formål

**Underskrift**

Ved din underskrift giver du samtykke til, at psykiatrien i Region Midtjylland, i forbindelse med din aktuelle behandling, må udveksle konkrete, relevante oplysninger med aktører nævnt i del 1, 2 og 3.

**Dato****Patient:**

## SAMTYKKEERKLÆRING – indhentning og videregivelse af oplysninger

### Regler for indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger m.m.

Psykiatrien i Region Midtjylland vil gerne sikre dig den bedst mulige behandling, og derfor kan det i visse situationer være nødvendigt at udveksle informationer om dit helbred, m.m. med bl.a. praktiserende læge, myndigheder, m.fl., hvilket kan kræver dit samtykke.

### Hvorfor skal der indhentes samtykke?

Tavshedspligten betyder, at vi som sundhedspersonale ikke må videregive fortrolige oplysninger om dig til andre uden dit samtykke.

Hertil gælder dog to undtagelser:

- 1) Vi udveksler helbredsoplysninger m.m., der er nødvendige for den aktuelle behandling, med andre sundhedspersoner. Dette kræver ikke samtykke fra dig, men du kan aktivt frabede dig videregivelsen.
- 2) Vi sender et udskrivningsbrev til din praktiserende læge. Dette kræver heller ikke dit samtykke, men du kan aktivt frabede dig videregivelsen.

### Varighed

Vi indhenter og videregiver kun de oplysninger, som er nødvendige for at kunne sikre den bedst mulige behandling. Samtykkeerklæringen gælder for det aktuelle behandlingsforløb – dog højst 1 år. Du kan til enhver tid trække dit samtykke tilbage.

### Yderligere oplysninger

Du er velkommen til at spørge sundhedspersonalet, hvis du har spørgsmål. For yderligere oplysninger henvises til sundhedslovens kap. 9.