

Samtykke til indhentning af helbredsoplysninger



ODENSE KOMMUNE

Børn- og Ungeforvaltningen

Sundhed og forebyggelse
Ørbækvej 100, Blok 1. 1. sal
5220 Odense SØ

www.odense.dk
Tlf. 66131372

Undertegnede forældre giver hermed tilladelse til, at der indhentes helbredsoplysninger vedr.

Barnets navn:
Barnets cpr.:

Odense Kommunes sundhedstjeneste anmoder hermed om samtykke til at indhente helbredsoplysninger fra:

<input type="checkbox"/>	Praktiserende læge	Lægens navn
<input checked="" type="checkbox"/>	Tidligere Kommunal Sundhedstjeneste	Kommune og skole (udfyld venligst)
<input type="checkbox"/>	Andre	Navn
Vedrørende:		
Formål med indhentning af helbredsoplysninger: Fortsat tilknytning af sundhedsplejerske på ny skole.		

Med venlig hilsen Sundhedstjenesten

Odense Kommune Sundhed og Forebyggelse Syd Ørbækvej 100, Blok 1, 1. sal 5220 Odense SØ Tlf. 6551 5606 mailto:lrbu@odense.dk sikker mail:sundhedsplejen@odense.dk Att.:Lise Rosendahl Buch	Kontaktperson Lise Rosendahl Buch
	Dato og underskrift

Forældrene bedes underskrive samtykkeerklæringen og returnere den til sundhedstjenesten, Att.: Lise Rosendahl Buch

Forældrenes samtykkeerklæring og underskrift

<input type="checkbox"/>	Jeg giver hermed mit samtykke til, at kommunen kan indhente helbredsoplysninger om mit barn vedrørende ovenstående, når dette har betydning for den forebyggende helbredsmæssige indsats, som Sundhedstjenesten kan tilbyde mit barn. Helbredsoplysningerne kan indhentes hos de myndigheder/sygehuse/læger, der er anført ovenfor.
<input type="checkbox"/>	Jeg ønsker ikke at give kommunen mit samtykke til at indhente helbredsoplysninger om mit barn.

Dato og Underskrift
