

Samtykke til forløb på Pissassarfik, indhentning og/eller videregivelse af oplysninger



Undertegnede

Borger Værge Forældremyndighedsindehaver

Navn	Personnummer
Adresse	

For borger / barn under 18 år

Navn	Personnummer
Adresse	

Giver samtykke til, at

Navn	Telefonnummer
Pissassarfik	+299 34 50 70
Adresse	
Nalunnguarfimmut 4, 3911 Sismiut, Kalaallit Nunaat	

Kommunens socialforvaltning

Angiv navn	Telefonnummer
Mail	

Sygehuset

Angiv navn	Telefonnummer
Mail	

Andre (f.eks. dag-/døgninstitution, Majoriaq, MISI, skole)

Hvis andre, angiv navn	Telefonnummer
Mail	

Til brug ved et forløb på Pissassarfik

Sæt kryds ved de instanser, I ønsker den afsluttende rapport videregivet til. Der skal være en sammenhæng mellem indhentning og videregivelse af oplysninger.

- Sygehuset
- Kommunens socialforvaltning
- Andre

- Personalet i kommunen og ved Pissassarfik er underlagt tavshedspligt i henhold til Landstingslov nr. 8 af 13. juni 1994 kap. 8
- Du kan tilbagekalde dit samtykke til indhentning, behandling og/eller videre-givelse af oplysninger jfr. persondatalovens § 38

Underskrift

Dato	Underskrift
------	-------------

Samtykkeerklæring fremsendes sammen med henvisningsformularen