

Samtykkeerklæring

Undertegnede

Navn _____

Adresse _____

Postnr. _____ By _____

Telefon _____

giver hermed mit udtrykkelige samtykke til, at

Harmonia Klinikken
Lille Stokkebjergvej 7
4450 Jyderup

v/ Terese Grahl

opbevarer *nødvendige* personlige oplysninger om mig, for at jeg kan modtage den behandling, som diagnosticeres til at være nødvendig i forbindelse med min henvendelse.

Jeg bekræfter samtidig, at jeg er blevet informeret om, at

- samtykkeerklæringen kun er gyldig, fordi jeg har afgivet den *frivilligt*
- oplysningerne *udelukkende anvendes i forbindelse med det, min henvendelse vedrører*
- oplysningerne udelukkende anvendes *i forbindelse med den behandling, der iværksættes*
- jeg til enhver tid har *ret til indsigt* i de opbevarede oplysninger
- mine personlige oplysninger *slettes senest 1/2 år efter sidste anvendelse*
- *jeg kan tilbagekalde samtykkeerklæringen* og at mine personlige oplysninger derefter slettes eller anonymiseres.

Lille Stokkebjergvej den _____

Underskrift