



# SAMTYKKERKLÆRING

For at støtte dig i dit forløb gennem Hjernecenter Randers, kan det blive nødvendigt at forskellige afdelinger i Randers Kommune samarbejder og udveksler personoplysninger i din sag. Formålet er at sikre, at du oplever et sammenhængende forløb, hvor indsatserne i dit forløb koordineres med instanser uden for kommunen så vel som instanser på tværs af kommunen forvaltningsområder.

Derfor beder vi om et samtykke fra dig.

## Hjernecenter Randers vil derfor gerne have lov til:

**At indhente** relevante oplysninger til brug for dit senhjerneskade forløb. Det kan dreje sig om oplysninger om helbred, økonomi, sociale forhold og hjælp og støtte fra andre afdelinger mv.

**At videregive oplysninger** til de medarbejdere og afdelinger i Randers Kommune der samarbejder om dit rehabiliteringsforløb.

Du kan ved afkrydsning bestemme, hvem vi må indhente oplysninger fra samt orientere om din sag.

### Indhente

### Videregive

| Ja                       | Nej                      |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Ja                       | Nej                      |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Praktiserende læge, sygehusafdeling

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Sygehusafdeling/hospital

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Speciallæger, psykolog, fysioterapeut m.v.

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Regional institution f.eks. Tagdækkervej eller I.K.H.

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Pårørende. Navn og tlf.nr.: \_\_\_\_\_

### Andre afdelinger i Randers Kommune:

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Sundhed- og Omsorgsområdet f.eks.: Hjemmeplejen, hjemmesygeplejen, forløbskoordinatore mf.

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Social- og Arbejdsmarkedsområdet f.eks.: Mestringsvejleder, sagsbehandler, jobkonsulenter mf.

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Børn- og Familieområdet f.eks. Myndighedscenteret

### Andet

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Pensionsselskaber, pengeinstitutter og forsikringsselskaber

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

\_\_\_\_\_



### Samtykket omfatter ikke

Er der specifikke afdelinger, myndigheder eller andre som vi **ikke** må indhente og videregive oplysninger til kan du skrive dem her:

- \_\_\_\_\_

**Underskriver**

**Dato:** \_\_\_\_\_

**Navn:** \_\_\_\_\_

**Cpr:** \_\_\_\_\_

**Underskrift:** \_\_\_\_\_

---

### Tilbagekaldelse af samtykke

Du kan til enhver tid ændre eller tilbagekalde dit samtykke til indhentning / videregive af oplysninger, ved at henvende dig til Hjernecenter Randers.

Adresse: Bakkevej 1, 8920 Randers NV  
Tlf.: 89 15 75 79

---

### Ophør af samtykke

Dit samtykke bortfalder, når forløbet ved Hjernecenter Randers afsluttes.

---

## Bestemmelser om indhentning og videregive af oplysninger

### Forvaltningsloven

§ 28

### Sundhedsloven:

§§ 41 - 44

### Databeskyttelsesloven

§§ 6, 7, 8, 10, 11 og 38

### Databeskyttelsesforordningen

Artikel 5, 6, 7, 9, 10 og 77.