



CORPUS BALANCE

Samtykkeerklæring

Undertegnede

Navn _____

Adresse _____

Postnr. _____ By _____

Telefon _____ E-mail _____

giver hermed mit udtrykkelige samtykke til, at

Corpus Balance

v./Mette Hansen

Elkjærvej 36

8230 Åbyhøj

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 5 år efter sidste anvendelse*
- *Jeg kan tilbagekalde samtykkeerklæringen* og at mine personlige oplysninger derefter slettes eller anonymiseres.

By _____

Dato _____

Underskrift _____

Ønsker du at modtage nyhedsbreve fra klinikken

(Kan altid afmeldes)

JA _____ NEJ _____