

Samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger ved deltagelse i CPOP

Jeg har læst informationen om CPOP – Opfølgingsprogram for cerebral parese og giver som forældremyndigheds indehaver hermed samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger til brug i CPOP for:

Cpr. nr.: _____ - _____

Fornavn: _____ Efternavn: _____

Kontakt e-mail (familien) _____

Dato: _____ Underskrift: _____

Kontakt sygehus: _____

Kontaktlæge: _____

Fysioterapeut: _____

E-mail _____

Ergoterapeut _____

E-mail _____

Vi ønsker **ikke** at give samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger og dermed deltagelse i CPOP – opfølgingsprogram for Cerebral Parese

Samtykkeerklæringen til videregivelse af helbredsoplysninger ved deltagelse i CPOP afleveres / sendes til den CPOP ansvarlige på din lokale Børneafdeling eller til CPOP, Børneafdelingen, Kolding Sygehus, Skovvengen 2-8, 6000 Kolding.

I kan finde mere information om CPOP på www.cpop.dk.