

# Samtykkeerklæring

## registrering og lagring av personopplysninger

Jeg samtykker med dette til at [*bedriften/navn på behandler*] kan behandle personopplysninger om meg som beskrevet her:

- Personopplysninger som behandles (formålet med behandlingen):
- Opplysninger til bruk i pasientbehandlingen av meg i form av «helseopplysninger»:
  - Opplysninger om helse og tidligere behandling og eventuell medisiner, i den grad slike opplysninger er nødvendig/til hjelp i behandlingsopplegget
  - Øvrige personlige forhold om meg, i den grad slike opplysninger er nødvendig/til hjelp i behandlingsopplegget
- Behandling som omfattes av denne samtykkeerklæringen
- Behandling av helseopplysningene vil bestå av å registrere/notere ned nødvendig informasjon som jeg gir muntlig når jeg er til behandling/oppfølging og lagring av denne informasjonen i arkiv (et elektronisk arkiv/journal og/eller fysisk arkiv/journal)
- Helseopplysninger vil slettes når det ikke er behov for disse opplysningene i den behandlingen jeg får eller når behandlingen og/eller pasientforholdet endelig avsluttes
- Opplysningene vil ikke bli tilgjengeliggjort, spredt eller overført til andre på noen tidspunkt.
- Behandlingen vil bare foretas med formål om å:
- Behandle / følge meg opp på best mulig og forsvarlig måte i tråd med hensikten med mitt pasientforhold
- Følgende vil få kunne få tilgang til mine personopplysninger:
  - Vedkommende som behandler meg
  - Følgende databehandler (vår IT-leverandør): [*navn på IT-leverandør*]
  - Følgende øvrige personer: [*navn på person/bedrift*]

Jeg er kjent med at det er frivillig å samtykke, og at jeg når som helst kan trekke mitt samtykke tilbake. Samtykket kan trekkes tilbake ved en skriftlig erklæring som må signeres av meg og overleveres på samme sted som samtykke ble avgitt.

Jeg er klar over at virksomhetens bruk av personopplysninger er nærmere beskrevet i vedlagt personvernerklæring. Denne har jeg gjort meg kjent med før jeg har underskrevet dette samtykke.

Jeg er informert om og klar over mine rettigheter som registrert etter personvernforordningen, for eksempel min rett til å kreve innsyn eller retting av mine personopplysninger.

Jeg/vi bekrefter at dette samtykket er frivillig

Navn: \_\_\_\_\_ Født: \_\_\_\_\_

Sted: \_\_\_\_\_ dato: \_\_\_\_\_

Underskrift pasient: \_\_\_\_\_