

Lægehuset Fyrvej
Fyrvej 22
6710 Esbjerg V.

Jeg, undertegnede _____, med
personnummer _____, giver hermed mit samtykke til at min pårørende, med
navn _____ og personnummer _____
og/eller navn _____ og personnummer _____
må på vegne af mig få/gøre følgende:

- **Få svar på blodprøver, podninger, røntgensvar og epikrisesvar fra eksterne
behandlere, ex. Sygehuse, praktiserende speciallæger og kommunale
instanser og lignende**
- **Bestille medicin**
- **Bestille/aflyse tid**
- **Få oplysninger fra journalen**
-

Samtykkeperiode gælder 1 år fra underskrivelsesdato

Tilbagetrækning af samtykke:

Jeg er klar over, at jeg til enhver tid kan trække mit samtykke tilbage ved at
kontakte **Lægehuset Fyrvej med en skriftlig tilbagetrækning.**

Sted:

Dato:

Underskrift: