

G5A HMP ? 99F ? @ F =B;

Jeg giver mit samtykke til, at Arbejdsmedicin:

Kan 'bX\ YbH' relevante	Ja	Nej
<ul style="list-style-type: none">Oplysninger om sagsforløb og afgørelse i Arbejdsmarkedets Erhvervssikring og Ankestyrelsen vedrørende arbejdsskadesager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Helbredsoplysninger fra egen læge, speciallæger og sygehusafdelinger, hvor jeg har været behandlet i forbindelse med vurdering af min sygdom eller sag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
og j]XYfY[]j Y journalkopi eller resume af journaloptagelser	Ja	Nej
<ul style="list-style-type: none">til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring eller Ankestyrelsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">til den instans, der har henvist mig (praktiserende læge, speciallæge, fagforening)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cpr.nr.: _____ - _____ Navn: _____

Telefon: _____ / _____ / _____

Email: _____

Dato: _____ Underskrift: _____

Samtykket gælder et år fra dags dato, men kan i øvrigt til enhver tid trækkes tilbage ved henvendelse til Arbejdsmedicin.

J YXf»fYbXY]bX\ YbH]b[`c[]]XYfY[]j Y`gY`UZ`cd`ngb]b[Yf.`

I forbindelse med din undersøgelse på Arbejdsmedicin, kan det af hensyn til behandling af din sag være nødvendigt at indhente og videregive helbredsoplysninger og oplysninger om arbejdsforhold. Udveksling af oplysninger vil alene ske mellem de personer/instanser, der er nævnt ovenfor.