

SAMTYKKEERKLÆRING

Dato: _____

SKRIV VENLIGST TYDELIGT (KUGLEPEN) OG MED BLOKBOGSTAVER

Jeg: _____
(patient – fulde navn)

Fødselsdato: _____

Adresse: _____

giver hermed tilladelse til at

pårørende: _____
(fulde navn)

Fødselsdato: _____

Relation: _____

på mine vegne kan kontakte, give og modtage oplysninger til og fra Audiologisk Klinik, Peter Sabroes Gade 6, bygning 14F, Aarhus Universitetshospital.
Dette inkluderer også klinikkens 3 lokalklinikker i Aarhus, Horsens og Randers.

SAMTYKKET KAN TIL ENHVER TID TRÆKKES TILBAGE!

Underskrift: _____