



Informeret patientsamtykke til undersøgelse og behandling

VERSION APRIL 2020

Patientens navn: _____

Patientens CPR-nummer: _____

TANDLÆGESKOLEN

NØRRE ALLÉ 20

KØBENHAVN N

SAMTYKKE I FORBINDELSE MED TANDLÆGEBESØG:

Jeg tillader hermed, at mit barn bliver oprettet i Tandlægeskolens journalsystem med barnets og mine personoplysninger i forbindelse med den behandling, jeg har bestilt eller fået tilsendt tid til.

PATIENTTELEFON:

35 32 35 90

(HVERDAGE KL. 7.45-12)

Jeg giver Tandlægeskolen samtykke til, at Tandlægeskolens undervisere og studerende udfører den undersøgelse eller behandling, jeg har bedt om.

Jeg er informeret om, at evt. efterfølgende behandling kun vil finde sted efter nærmere aftale mellem mig og Tandlægeskolens klinik.

odont@sund.ku.dk

www.odont.ku.dk

Jeg er informeret om, at jeg til enhver tid kan tilbagekalde mit samtykke.

Dato: _____

Forældremyndighedsindehavers underskrift

Forældremyndighedsindehavers

Navn: _____

CPR-nummer: _____

Telefonnummer (mobil): _____

OBS: Alle forældremyndighedsindehavere skal underskrive et dokument. Dokumentet kan sendes med post eller sikker mail: paedodonti@sund.ku.dk
Oplysningerne kan også gives mundtligt til Børneafdelingens sekretær.