

Samtykkeerklæring

Jeg/vi giver hermed samtykke til at _____(navn)

(cpr.nr.) _____ må undersøges og behandles i
klinikken.

Dato:

Underskrift

Underskrift

Jeg/vi giver hermed tilladelse til, at Dorte Vesterager må indhente oplysninger vedr.

_____(navn) _____(cpr)

Fra: _____

Dato:

Underskrift

Underskrift