



Samtykkeerklæring til optagelse og brug af video- eller lydoptagelser i undervisning, supervision eller vejledning af sundhedspersonale

Specifikt samtykke

Jeg giver samtykke til, at Psykiatrien må optage og bruge video- eller lydoptagelser med mig til anvendelse i undervisning, supervision eller vejledning af sundhedspersonale.

Samtykket gælder optagelse foretaget d. _____ (tidspunkt for optagelse)

Optagelsen må bruges til følgende aktivitet:

(Angiv hvem der bruger optagelsen, i hvilke sammenhænge og på hvilke tidspunkter og-eller periode, aktiviteterne foregår samt en præcisering af dato for samtykkets udløb. Angiv det så specifikt som muligt)

Patient

Navn

Adresse

Postnummer og by

Dato og underskrift

Er patienten på optagelsen under 18 år, skal forældremyndighedsindehaverne også skrive under.

Dato og underskrift _____

Tilladelsen gives med den forudsætning, at mit cpr. nr. ikke bliver nævnt i sammenhæng med video eller lydoptagelserne, samt at optagelserne bliver brugt i en sammenhæng, der ikke er krænkende for mig.

Samtykket gælder i den angivne tidsperiode. Herefter slettes optagelsen.

Jeg kan dog til enhver tid trække mit samtykke tilbage, hvilket i så fald vil gælde fremadrettet brug af materialet.

Henvendelse i forhold til at trække samtykket tilbage kan rettes til:

(Angiv afdelingsnavn, adresse, mailadresse og telefonnummer)



PSYKIATRIEN
– i gode hænder

Psykiatrien Region Nordjylland
Mølleparkvej 10
9100 Aalborg
www.psykiatri.n.dk

Udfyldes af Psykiatriens medarbejder

Sundhedspersonale/fotograf _____