

SAMTYCKE TILL ATT DOKUMENTERA, INHÄMTA OCH ÖVERLÅTA PATIENTUPPGIFTER

Register: Docrates Cancersjukhus och de självständiga yrkesutövarnas centraliserade patientregister

Namn:	Personnummer:
Adress:	
Postnummer:	Postadress:
Hemland:	Mobilnummer:
E-post: (i aktivt bruk)	
Närmast anhörig:	
Hur hörde ni talas om oss?	

VIKTIG INFORMATION OM HUR ERA PATENTUPPGIFTER BEHANDLAS

Som patient på Docrates Cancersjukhus dokumenteras och registreras era uppgifter i enlighet med detta samtycke i ett patientregister som upprätthålls gemensamt av Docrates Cancersjukhus och de yrkesutövare som anslutit sig till registret. Era patientuppgifter är konfidentiella. Uppgifterna används i samband med ert vårdförhållande för att organisera, planera, förverkliga och följa upp undersökningar och behandling. Era uppgifter kan också användas för Docrates Cancersjukhus statistiska ändamål, och för att planera och följa upp verksamheten. Uppgifterna överlämnas till utomstående endast med ert tillstånd eller på basen av lagstiftning. Ni kan kontrollera uppgifterna i vårt register i samband med ett personligt besök eller genom en skriftlig begäran. Likaså har ni rätt att kräva att en felaktig uppgift i vårt register korrigeras och att återkalla eller begränsa ert samtycke till att era uppgifter inhämtas eller överläts. Vår personal står gärna till tjänst med ytterligare information.

Kryssa för de alternativ ni ger samtycke till: ()

- Jag har tagit del av ovan nämnda information samt kontrollerat personuppgifterna ovan.
- Jag tillåter att mina patientuppgifter **registreras** i Docrates Cancersjukhus centraliserade register
- Jag tillåter att mina uppgifter överläts till annan hälsovårdspersonal på Docrates Cancersjukhus som har anslutit sig till det centraliserade registret och som deltar i behandlingen av mig, då mitt vårdförhållande kräver det
- Jag tillåter att den **person som har vårdat mig får ge respons om den behandling jag fått** till den remitterande parten
- Jag tillåter att **samtliga uppgifter om mig som kan vara nödvändiga för min behandling kan inhämtas** från de vårdställen där jag har genomgått undersökningar eller vårdats (specificera vid behov):

- Jag tillåter att **samtliga sådana uppgifter om mig som kan vara nödvändiga för min fortsatta vård kan överlätas** till de hälsovårdsenheter/läkare som har hand om min fortsatta vård.

Om ni vill begränsa ert samtycke på något sätt, ber vi er ange begränsningen nedan:

Ort och datum: _____ / ____ / 20____ Underskrift: _____