



Hjernecenter Randers

**Sprog- og Talehuset**  
Bakkevej 1, Hornbæk  
8920 Randers NV  
Telefon +45 89 15 75 79  
E-mail: csv@randers.dk  
www.csv.randers.dk

## Samtykkeerklæring

I forbindelse med undersøgelse/undervisning giver jeg hermed samtykke til at logopæder ved Hjernecenter Randers og Socialafdelingen i Randers kommune må indhente og videregive relevante behandlingsoplysninger fra/til:

	Sæt X	
	Ja	nej
<b>Egen læge:</b> (skriv navn på din læge):		
<b>Sygehusafdeling/er</b> (skriv navn på Sygehus(e) + afd.): <i>Dette er relevant for at kunne hente journaloplysninger vedr. de talesproglige vanskeligheder</i>		
<b>Speciallæge/r (neurolog, øre-næse-halslæge)</b> <i>Dette er relevant for at kunne hente journaloplysninger vedr. de talesproglige vanskeligheder</i>		
<b>Øvrige instanser i Randers kommune</b> <i>Dette er relevant for muligheden for visitation og samarbejde med andre fagpersoner og forløbskoordinator i kommunen.</i>		
<b>Institut for Kommunikation og Handicap/ IKH, region Midt</b> <i>Dette er relevant for at kunne hente journaloplysninger vedr. de talesproglige vanskeligheder</i>		
<b>Hammel Neurocenter</b> <i>Dette er relevant for at kunne hente journaloplysninger vedr. de talesproglige vanskeligheder</i>		
<b>Hjerneskadecenteret</b> <i>Dette er relevant for at kunne hente journaloplysninger og evt. samarbejde</i>		
<b>Andre:</b> (skriv områdecener, institution, adresse og evt. kontaktperson). <i>Dette er relevant ift. muligheden for samarbejde:</i>		

Tilladelsen gælder 1 år fra dato \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_

Cpr.nr.: \_\_\_\_\_

**Underskrift:** \_\_\_\_\_



Randers Kommune