

SAMTYKKEERKLÆRING OG SPØRGESKEMA

Jeg giver mit samtykke til at:

1. Arbejdsmedicin må **indhente** relevante

- Oplysninger om sagsforløb og afgørelse i Arbejdsmarkedets Erhvervssikring og Ankestyrelsen vedrørende arbejdsskadesager:

Ja

Nej

Cpr.nr.: _____

Navn: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

Dato: _____ Underskrift: _____

Samtykket gælder et år fra dags dato, men du kan altid trække det tilbage ved at kontakte os.

VIGTIG INFORMATION:

Vi beder om dit samtykke til, at vi på Arbejdsmedicin (læge, psykolog eller socialrådgiver) må indhente og videregive helbredsoplysninger og oplysninger om arbejdsforhold, hvis det er nødvendigt for at kunne behandle din sag.

Hvis det bliver nødvendigt at videregive dine oplysninger, sker det kun til de personer/instanser, der er nævnt ovenfor.

Oplysningerne danner udgangspunkt for samtalen om dine arbejdsforhold og dit helbred. Vi behandler naturligvis dine svar fortroligt.

KONTAKT

Arbejdsmedicin, Regionshospitalet Gødstrup

Tlf. 78433500

E-mail: arbejdsmedicin@goedstrup.rm.dk

www.arbejdsmedicin.rm.dk

Tidligere ansættelser og ledighedsperioder:

Begynd ved første ansættelse efter endt skoleuddannelse. Hvis du mangler skriveplads, kan du benytte et blankt stykke papir og medbringe det ved undersøgelsen. Du kan evt. også medbringe dit CV, hvis du har sådan ét, eller udprintede oplysninger om ATP-indbetalinger fra ATP's hjemmeside.

VIGTIGT!

Medbring navne og helst datablade på de kemikalier, du har arbejdet med, hvis du mener, de har betydning for din sygdom. Hvis du har billeder eller video af den måde, du arbejder på, så send eller medbring den gerne.

| Fra (år) til (år) | Arbejdsgiver | Stilling/fag |
|-------------------|--------------|--------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Medicin - angiv:

| | | |
|--------------|------------------------|----------------------------|
| Medicin-navn | Styrke/mængde pr. døgn | Hvad du får medicinen for: |
|--------------|------------------------|----------------------------|

Mange tak for hjælpen!