

## SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg giver med min underskrift samtykke til at deltage i projekt Horsens på forkant med Sundhed.

Jeg er indforstået med:

- at jeg får behandling med telemedicinsk udstyr.
- at varigheden for mit telemedicinske behandlingsforløb er en vurdering i samarbejde med min behandler.
- at jeg kan blive kontaktet i projektforløbet med henblik på et frivilligt interview eller besvarelse af spørgeskema vedrørende udvikling af telemedicinsk behandlingsform. Jeg vælger selv, om jeg vil deltage.

Jeg giver samtidig samtykke til, at der må videregives nødvendige og relevante helbredsoplysninger med videre mellem Ældre- og Sundhedsområdet i Horsens Kommune, Medicinsk afdeling på Regionshospitalet Horsens og de deltagende praktiserende læger vedrørende projekt Horsens på forkant med sundhed.

Samtykke til videregivelse bortfalder senest 1 år efter min underskrift.

Derudover er jeg orienteret om, at jeg kan trække mit samtykke tilbage, tilbagelevere evt. udleveret udstyr og forlade projektet, når jeg ønsker det. Ved en sådan tilbagetrækning vil jeg blive tilbudt normalt behandlingstilbud.

Jeg er forud for afgivelse af mit samtykke blevet informeret om projektet.

**CPR.nr.:** .....

**Navn:** .....

**Dato og underskrift:** .....