

**Denne samtykkeerklæring anvendes, hvis patienten er afdød.**

**Samtykkeerklæringen udfyldes med oplysninger om den afdøde og om den person, der skal stå som part i sagen i Ankenævnet for Patienterstatningen. Husk underskrift.**

**Derefter skal den sendes til os i elektronisk form, f.eks. ved at scanne dokumentet eller tage et billede af det.**

**Hvis den person, der skal stå som part, ikke står på skifteretsattesten, eller hvis der står flere personer på skifteretsattesten, skal der også udfyldes en fuldmagtsblanket. Ankenævnet indhenter de nødvendige attester, hvis de ikke sendes sammen med klagen.**

Dato:  
Sagsnr.: /EC  
Sagsbeh.:

Styrelsen for Patientklager  
Sekretariatet for  
Ankenævnet for  
Patienterstatningen  
Olof Palmes Allé 18 H  
8200 Aarhus N  
Dir. tlf. +45 7233 0740  
Telefontid: 10:00-14:00  
CVR-nr.: 39 85 08 85

## Samtykke

Jeg giver hermed i henhold til sundhedsloven samtykke til, at sundheds- personer, behandlingssteder og myndigheder kan fremfinde relevante oplysninger til sagen ved opslag i journalsystemer, f.eks. eget journal- system og e-journal.

Jeg giver også i henhold til sundhedsloven samtykke til, at sundheds- personer, behandlingssteder og myndigheder kan foretage opslag i medicinoplysninger på Fælles Medicinkort og Det Danske Vaccinations- register, hvis det er relevant for sagens behandling.

Endelig giver jeg i henhold til sundhedsloven samtykke til, at sundheds- personer, behandlingssteder og myndigheder kan videregive relevante oplysninger til Styrelsen for Patientklager, der er sekretariat for Ankenævnet for Patienterstatningen.

[stpk@stpk.dk](mailto:stpk@stpk.dk)  
[www.stpk.dk](http://www.stpk.dk)

Afdødes navn:

Afdødes CPR-nr.:

Evt. afdødes seneste adresse:

Nedenfor udfyldes oplysninger om den person, der skal stå som part i sagen i Ankenævnet for Patienterstatningen (skal udfyldes):

Navn (med blokbogstaver):

---

Dato

Underskrift (I henhold til skifteretsattesten)

Evt. bemærkninger: