

31. august 2017

Vi har modtaget henvendelse om, at De ønsker assistance vedrørende Deres syn.

For at kunne behandle ansøgningen har vi brug for øjenlægelige oplysninger.

Vi beder Dem venligst underskrive vedlagte fuldmagt samt oplyse navn, adresse samt telefon nr. på Deres øjenlæge.

Der gøres opmærksom på, at Synsafdelingen elektronisk registrerer sagens oplysninger. Persondataloven giver Dem bl.a. ret til indsigt i de registrerede oplysninger. Endvidere har De krav på, at Synsafdelingen retter eventuelle urigtige oplysninger.

Med venlig hilsen  
SYNSAFDELINGEN

Peter Smaakjær  
Svagsynsoptiker

**SENDES MED UNDERSKRIFT TIL:**

CSU-Slagelse  
Rosenkildevej 88 B  
4200 Slagelse

**SAMTYKKEERKLÆRING**

Undertegnede, \_\_\_\_\_  
giver tilladelse til at indhente / videregive relevante oplysninger, herunder oplysninger om diagnose, synsstatus, evt. ordineret optik hos:

Øjenlæge / sygehus

Optiker

Hjemkommune

Statens Øjenklinik

Dansk Blindesamfund

\_\_\_\_\_  
Dato

\_\_\_\_\_  
underskrift

Øjenlæge \_\_\_\_\_  
(navn, adresse og telefon nr.)

Samtykkeerklæringen er gyldig 1 år fra den underskrevne dato.

Såfremt De ikke ønsker at give Deres samtykke, kan det få betydning for sagsbehandlingen. De indhentede oplysninger vil blive registreret i Synsafdelingens elektroniske journalsystem.