



REGION NORDJYLLAND  
- i gode hænder

## Ansøgning og Samtykkeerklæring om kommunikationsydelse og hjælpemidler

Navn:	CPR-nummer:
-------	-------------

Underskriften vedrører samtykkeerklæring til at indhente og viderebringe personlige oplysninger samt ansøgning om kommunikationsydelser og evt. hjælpemidler i henhold til udredning og afprøvning på Institut for Syn, Hørelse og Døvblindhed.

Jeg giver hermed samtykke til at Institut for Syn, Hørelse og Døvblindhed kan indhente, registrere og videregive relevante oplysninger fra og til: (sæt kryds og udfyld nedenfor)

Kommunens forvaltninger (skal vælges, hvis vi skal kunne varetage din sag)

Speciallæge, f.eks. øre-næse-halslæge eller øjenlæge

Hvem: \_\_\_\_\_

Jobcenter

Undervisnings- og uddannelsesstilbud

Hvilke: \_\_\_\_\_

Ansøgning og Samtykkeerklæringen er gyldig i 2 år fra underskriftsdato eller til de helt eller delvist tilbagekaldes.

ISHD må sende sms vedr. mine aftaler på mobilnr.: \_\_\_\_\_

Dato:	Underskrift: (ikke nødvendig hvis samtykket fremsendes via E-boks/borger.dk)
-------	--

Ved stedfortrædende samtykke: underskriv ovenfor og skriv navn og relation med blokbogstaver:

--

Husk at gemme dokumentet på din computer, inden du går tilbage til vejledningen ☺