# Samtykkeerklæring

# Deltagelse i en klinisk kvalitetsdatabase i Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)

Undertegnede giver hermed tilsagn om at deltage som patientrepræsentant i en klinisk kvalitetsdatabase i RKKP. Mit tilsagn er konkretiseret ved de tre anførte samtykkeerklæringer herunder:

1. Jeg giver tilladelse til, at jeg deltager som patientrepræsentant/brugerrepræsentant i en klinisk kvalitetsdatabase i RKKP.

 [ ] Ja

1. Jeg giver tilladelse til, at mit navn fremgår i årsrapporten fra databasen og på hjemmesiden for den kvalitetsdatabase, jeg er tilknyttet.

 [ ]  Ja

 [ ]  Nej

1. Jeg giver tilladelse til, at andre patientrepræsentanter i Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram må få min mailadresse med henblik på at kontakte mig.

 [ ]  Ja

 [ ]  Nej

Som en del af din deltagelse som patient- og brugerrepræsentant i en klinisk kvalitetsdatabase i RKKP vil databasens kontaktperson rette henvendelse til dig via telefon eller mail og sende materiale til dig inden styregruppemøderne. Din mail og dit telefonnummer vil blive opbevaret sikkert i RKKP.

Dit samtykke kan til enhver tid kan trækkes tilbage ved at sende en mail til fagligkvalitet@rkkp.dk. Hvis du ønsker at udtræde af styregruppen skal du skrive til din kontaktperson.

**Udfyld venligst felterne herunder:**

Fornavn:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Efternavn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mailadresse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Der henvises yderligere til RKKP's Videncenters Privatlivspolitik: [https:/www.rkkp.dk/privatlivspolitik](https://www.rkkp.dk/privatlivspolitik/)