

Sendes til ansøger	Oplyses ved henvendelse	
	Dato	KLE 27.30.00G01 • Sagsidentifikation
Erklæring om helbredsforhold jf. servicelovens § 142		



Til brug for kommunens vurdering af din ansøgning om tilladelse til døgnpleje/plejetilladelse, jf. servicelovens § 142, bedes du udfylde blankettens side 2 og returnere den i underskrevet stand.

Hvis du er under behandling, bedes du oplyse din behandler og give samtykke til, at kommunen eventuelt indhenter yderligere oplysninger.

Persondatalovens krav til samtykke

Af persondataloven § 3, nr. 8, fremgår det, at der ved samtykke forstås enhver frivillig, specifik og informeret viljestilkendegivelse, hvorved den registrerede indvilger i, at oplysninger, der vedrører den pågældende selv, gøres til genstand for behandling.

Hvis du **ikke** ønsker at give samtykke til kommunen om indhentning af yderligere helbredsoplysninger vil vurderingen, om der kan gives plejetilladelse, bygge på de eksisterende oplysninger.

Du kan tilbagekalde et samtykke, hvorefter sagen fortsætter, som om der ikke er givet samtykke, jf. ovenfor.

Et samtykke bortfalder, når sagen er færdigbehandlet, dog senest efter et år, jf. forvaltningslovens § 28, stk. 5.

Uddrag af straffeloven

§ 163. Den, som i øvrigt til brug i retsforhold, der vedkommer det offentlige, skriftligt eller ved andet læsbart medie afgiver urigtig erklæring eller bevidner noget, som den pågældende ikke har viden om, straffes med bøde eller fængsel indtil 4 måneder.

Venlig hilsen

Kommunens navn og adresse	Kontaktperson – navn
	Kontaktperson – telefonnummer
	Dato og underskrift

Returadresse	Forbeholdt kommunen	
	Modtaget dato	KLE 27.30.00G01 • Sagsidentifikation
Ansøgers erklæring om helbredsforhold jf. servicelovens § 142		



Helbredsoplysninger

Har du og familien i øjeblikket helbredsproblemer	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hvis ja, hvilke		

Behandler – navn	Adresse	Telefonnummer
------------------	---------	---------------

Har du og familien tidligere lidt af alvorlige sygdomme, som giver anledning til fortsat behandling, herunder brug af medicin	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hvis ja, hvilke		

Behandler – navn	Adresse	Telefonnummer
------------------	---------	---------------

Erklæring og underskrift

Jeg erklærer, at ovenstående spørgsmål er besvaret i overensstemmelse med sandheden og er bekendt med, at jeg er undergivet straffeansvar, jf. straffelovens § 163.

Jeg er hermed gjort bekendt med, at kommunen registrerer de modtagne oplysninger og videregiver oplysningerne til andre offentlige myndigheder, private virksomheder m.fl., der har lovmæssigt krav på oplysningerne eller samarbejder med kommunen.

Jeg er ligeledes gjort bekendt med, at jeg har ret til at få at vide, hvilke oplysninger kommunen registrerer om mig, og jeg kan kræve forkerte oplysninger rettet.

Jeg giver hermed mit samtykke til, at kommunen kan indhente yderligere oplysninger om angivne helbredsforhold, hos de nævnte behandlere, når dette har betydning for kommunens behandling af tilladelse til døgnpleje/plejetilladelse.

Jeg ønsker ikke at give kommunen mit samtykke til at indhente yderligere oplysninger.

Jeg er indforstået med, at tilladelsen dermed vurderes på basis af de her foreliggende oplysninger.

Dato og underskrift