

## Indstilling til Synscentralen

Efternavn: \_\_\_\_\_ Cpr. \_\_\_\_\_

Fornavn: \_\_\_\_\_ Tlf. \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr. \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_

Kommune: \_\_\_\_\_ Tlf. \_\_\_\_\_

Evt. kontaktperson \_\_\_\_\_ Tlf. \_\_\_\_\_

Øjenlæge: \_\_\_\_\_ Sidste undersøgelse: \_\_\_\_\_

Ønsker: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Henvist af: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

Jeg giver hermed Synscentralen tilladelse til at indhente oplysninger hos min øjenlæge.

Et samtykke gælder indtil det trækkes tilbage.

Et samtykke kan til enhver tid tilbagekaldes.

**Dato:** \_\_\_\_\_ **Underskrift:** \_\_\_\_\_