



Ellebækhus

## SAMTYKKEERKLÆRING - læge

Jeg/ Vi giver hermed vores tilladelse til, at personalet på Ellebækhus må kontakte lægen i mit fravær. Ellebækhus gør opmærksom på, at nedenstående samtykke til enhver tid kan tilbagekaldes. Der skal rettes skriftlig henvendelse til Ellebækhus' ledelse herom.

NEJ:	
JA:	
Barnets fulde navn:	
Cpr.nr.:	
Dato:	
Underskrift:	