****

**Samtykkeerklæring - Tilladelse til videooptagelse**

Vedr. (navn)       Cpr.nr.

Hermed godkendes og gives tilladelse til at en konsultation eller undersøgelse af mig/mit barn må videofilmes i ADD- klinikken som led i udredningsforløbet. Videooptagelsen opbevares på samme måde som andet journalmateriale for at sikre beskyttelsen af fortrolige oplysninger og den bliver slettet efter brug, som oftest vil være efter diagnostisk konference.

Du har til enhver tid ret til at få optagelsen slettet og du har til enhver tid ret til selv at se optagelsen.

**Forældremyndighedsindehaver:**

**Navn:**       **Navn:**

**Dato:**       **Dato:**

**Underskrift Underskrift**

**……………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………**

**Unge over 15 år:**

**Navn:**

**Dato:**

**Underskrift**

**……………………………………………………………………………..**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |