

<b>Bilag 1</b>	
StudenterID (fx lck755): _____	Optagelse (nummer eller dato og klokkeslet): _____

### TILLADELSE FRA PATIENTEN

Jeg vil bede om din tilladelse til, at din konsultation hos den lægestuderende optages på video.

Videoptagelsen vil kun blive brugt i undervisningen af lægestuderende og eventuelt til eksamen. Derefter vil den blive slettet.

Hvis du på et eller andet tidspunkt efter konsultationen fortryder og gerne vil have optagelsen slettet, skal du blot give os besked.

---

Skriv venligst med kuglepen eller blæk/tusch.

**Patientens navn** (med blokbogstaver): \_\_\_\_\_

Jeg giver hermed tilladelse til, at min konsultation med den lægestuderende optages på video. Jeg er klar over, at optagelsen kan blive set af lægestuderende og undervisere på Universitetet. Optagelsen vil blive slettet efter senest 1 år, men jeg kan når som helst få optagelsen slettet ved at give min læge besked.

**Patientens underskrift:** \_\_\_\_\_ **Dato:** \_\_\_\_\_ 2020

*(nedenstående udfyldes kun hvis det er en eksamensvideo.)*

Tutorlægen bekræfter hermed at konsultationen er optaget i praksis:

**Tutorlægens stempel:**

**Eller Tutorlægens navn og adresse:**

-----  
-----  
-----  
-----

Tutorlægens underskrift: \_\_\_\_\_