

## Samtykkeerklæring

Generelt informeret samtykke til mindre behandlinger på vegne af en varigt inhabil patient

Et generelt informeret samtykke til mindre behandlinger af en varigt inhabil patient kan gives af patientens nærmeste pårørende, værge eller fremtidsfuldmægtig for op til et år ad gangen. Det betyder, at der kan foretages nogle bestemte mindre undersøgelser og behandlinger, uden at de pårørende skal kontaktes forud for hver behandling for at give et stedfortrædende samtykke. Et generelt informeret samtykke kan højst gælde i 12 måneder. Samtykket kan til hver en tid trækkes tilbage.

Jeg,

Navn: \_\_\_\_\_

CPR-nummer: \_\_\_\_\_

Relation: \_\_\_\_\_

repræsentant for

Patientens navn: \_\_\_\_\_

Patientens CPR-nummer: \_\_\_\_\_

giver hermed mit generelle informerede samtykke til, at patienten kan få foretaget følgende mindre behandlinger:

**Alle undersøgelser og behandlinger på liste a**

### Liste a:

1. Måling af temperatur, puls, blodtryk og iltmætning (pulsoximeter)
2. Undersøgelse af urin med urinstix
3. Kompressionsbehandling, herunder behandlerstrømper
4. Tryksårsforebyggelse
5. Kontinenspleje
6. Måling af hæmoglobin, CRP eller blodsukker på baggrund af fingerprik
7. Undersøgelse for simple sår og sårpleje ved ukomplicerede sårforløb, herunder skiftning af forbindinger på simple sår
8. Vejning
9. Almindelig fysisk lægelig undersøgelse, som fx hjerte- og lungestetoskopi, med undtagelse af gynækologisk undersøgelse

## De afkrydsede undersøgelser og/eller behandlinger på liste b

### Liste b:

- 1. Anlæggelse og afvanding med kompressionsbind ved ødemer på kendt baggrund
- 2. Behandling med håndkøbslægemidler for kendt, tilbagevendende forstoppelsesproblematik
- 3. Hals- og næsepodning
- 4. Næseskylling
- 5. Undersøgelse og behandling for kendt smerteproblematik med præparater, som kan købes i håndkøb
- 6. Behandling for hos patienten kendt simpel allergi som fx høfeber
- 7. Undersøgelse for og behandling af hyppigt forekommende ukomplicerede infektioner i urinveje, øjne og hud samt i øvre og nedre luftveje
- 8. Fysioterapi ved kendt behov hos patienten
- 9. Ergoterapi ved kendt behov hos patienten
- 10. Fodterapi ved kendt behov hos patienten
- 11. Almindeligt tandeftersyn i form af undersøgelse af tænder, kæber og mund, herunder afpudsning samt evt. kontrolrøntgenundersøgelse af tænder, mund og kæbe
- 12. Opfølgende behandling på hos patienten kendt tandproblematik, herunder almindelig sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende behandling, fluoridbehandling og anden medikamentel behandling af bakterielle infektioner eller svampeinfektioner, røntgenundersøgelse, tandrensning, tilpasning eller nødvendig korrektion af proteser og instruktion i og udførelse af mundhygiejne, herunder ved anvendelse af nødvendig lokalbedøvelse i den forbindelse
- 13. Behandling af huller i tænderne, herunder ved anvendelse af nødvendig lokalbedøvelse i den forbindelse
- 14. Simpel tandudtrækning, herunder nødvendig lokalbedøvelse
- 15. Behandling af syn ved optiker

på følgende behandlingssted, hvor samtykket er indhentet:

Behandlingssted: \_\_\_\_\_

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

*Hvis samtykket skal kunne gælde behandlinger på øvrige behandlingssteder i kommunen, krydses disse af nedenfor*

- Akutplads
- Aflastningsplads
- Plejehjem
- Midlertidig pladser
- Plejehjem
- Patientens eget hjem
- Andre: \_\_\_\_\_

Information forud for afgivelse af samtykke

Jeg har fået grundlæggende information om de afkrydsede undersøgelser og behandlinger, herunder om effekt og risiko for komplikationer og bivirkninger, og jeg har forstået den information, jeg har fået.

Information om given undersøgelse og behandling

Jeg ønsker mere information, ud over den information, som sundhedspersonen er forpligtet til at give

Angiv her: \_\_\_\_\_

Varighed af samtykket

Samtykket gælder 12 måneder

Angiv her, hvis der er aftalt anden varighed under 12 måneder:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>Repræsentantens underskrift:</b>	
<b>Dato</b>	