**Vi vill be om ditt samtycke för att kunna dela dina hälsouppgifter med ditt försäkringsbolag**

Vi kommer endast dela dina uppgifter då det är nödvändigt och endast för ändamål som anges nedan. Samtycket är frivilligt och du kan alltid ångra dig även efter att du lämnat samtycket.

Ett nekat samtycke kan innebära att vi inte har möjlighet att erbjuda dig privat vård inom ramen för din försäkring eftersom vi då inte har möjlighet att fullfölja våra skyldigheter gentemot försäkringsbolaget.

**Om du lämnar ett samtycke kommer vi endast att dela dina hälsouppgifter för följande ändamål:**

* **För att ditt försäkringsbolag ska kunna handlägga ditt behov av sjukvård och rehabilitering** (skadereglera) behöver vi kunna dela dina ditt namn, personnummer, telefonnummer och e-postadress i syfte identifiera dig som patient. I vissa fall behöver vi även dela dina journalkopior, intyg och liknande hälsorelaterade handlingar med försäkringsbolaget för att de ska kunna bedöma ditt behov av vård och rehabilitering.
* **För att vi ska kunna ställa ut en faktura till ditt försäkringsbolag**

Försäkringsbolaget betalar för den vård som du får hos oss. För att de ska veta vad de betalar för, och kunna betala, behöver vi skicka dem en faktura. Faktureringsunderlaget innehåller bland annat personnummer, skadenummer, behandlingsområde (t.ex. axel/rygg) och vilket typ av ingrepp (läkarbesök, injektion, operation) du utfört hos oss.

**Vi vidtar säkerhetsåtgärder och överför inga personuppgifter utanför EU/EES**

Vi kommer endast att dela dina journaluppgifter i specifika fall då försäkringsbolaget särskilt efterfrågar det och tillämpar alltid principen om uppgiftsminimering.

Vi skickar alltid personuppgifter på ett säkert sätt i enlighet med svensk lagstiftning och överför inga personuppgifter utanför EU/EES.

**Ditt samtycke gäller under den tid som försäkringsärendet behandlas**

Ditt samtycke gäller endast för den specifika skada du sökt vård för nu. Om du vill återkalla samtycket kontaktar du oss.

Du kan också kontakta oss om du vill åberopa de rättigheter som du har enligt dataskyddsförordningen (GDPR). Rättigheterna innebär att du har rätt att bli informerad om vilka personuppgifter som behandlas om dig eller begära rättelse, överföring, begränsning eller radering av dina uppgifter. Läs mer om hur vi behandlar dina personuppgifter i vår integritetspolicy.

Efter att vi skickat vidare dina uppgifter till ditt försäkringsbolag så blir de personuppgiftsansvariga och då är det också dem du ska kontakta för vidare information om personuppgiftsbehandlingen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mitt namn | Datum | Personnummer |
| Försäkringsbolag och skadenummer | | Vårdgivare |
| Signatur | | |

*Jag samtycker till att vårdgivaren får utbyta personuppgifter om mig enligt ovan information, med mitt försäkringsbolag. Samtycket gäller från datumet ovan och under hela handläggningen, till dess att ärendet har avslutats eller tills att jag dessförinnan återkallar samtycket.*