

SAMTYKKEERKLÆRING

VIDEO- /LYDOPPTAK

Jeg,, gir herved mitt samtykke til at behandlingstimene blir tatt opp på video- eller lydbånd. Opptakene skal kun brukes ved veiledning av behandler. Opptakene skal oppbevares utilgjengelig for uvedkommende og vil slettes når veiledningen avsluttes.

Sted:

Dato:

Underskrift

For behandler:

Opptakene vil kun benyttes i veiledningssammenheng dersom ikke annet er avtalt. Opptakene skal arkiveres på forsvarlig måte og vil slettes ved avsluttet veiledning.

Sted:

Dato:

Underskrift behandler