Valhalla helsesenter

**Kristiansand Kommune**

Signeringsskjema ved utskrivelse på eget ansvar

Jeg frabeder meg herved å motta anbefalt og nødvendig helsehjelp fra

 Valhalla helsesenter

Jeg har mottatt informasjon og forstått hvilke konsekvenser dette kan medfølge.

Jeg skriver meg ut på eget ansvar.

Sted/dato: Signatur: