



SAMTYKKE TIL Å UTVEKSLE TAUSHETSBELAGTE OPPLYSNINGER

Jeg samtykker til at avkryssede instanser/personer uten hinder av lovbestemt taushetsplikt, kan gi og innhente relevante opplysninger som er nødvendige for å kunne gi meg et riktig tjenestetilbud.

Følgende instanser kan kontaktes:

Kommunale tjenester:		Interkommunale tjenester:		Spesialist-helsetjeneste:		Annet:	
Helsesykepleier		Barnevern tjenesten		Sykehus		Bankforbindelse	
Hjemmesykepleien		Jordmor		DPS		Verge	
Skole		NAV		BUP		Pårørende	
Fastlege		PPT					
Psykisk helsetjeneste							
Barnehage							
Fysioterapi							
Ergoterapi							
Saksbehandler							
Miljøarbeidertjenesten							

Jeg har følgende reservasjoner: _____

Dette gjelder ansvarsgruppemøter: Jeg ønsker å delta i samarbeidet: Ja Nei

Jeg ønsker at andre skal delta sammen med eller for meg: _____

Jeg kan når som helst trekke/endre samtykket. Jeg har også fått opplyst om at jeg kan nekte å gi samtykke (dette uavhengig av mottak av tjenester). Jeg erklærer at samtykket er gitt frivillig. Samtykket gis til den aktuelle tjenesten/planperiode er avsluttet.

Sted/dato: _____

Navn: _____ Fødselsnr: _____

Underskrift: _____

Verge/foresatte

Informasjon er gitt av: _____

Kopi av underskrevet samtykke gis til bruker og aktuelle samarbeidsinstanser etter signering.