**SAMTYKKE TIL SAMHANDLING**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personopplysning** | | | | |
| Navn |  | | Fødselsnr.  (11 siffer) |  |
| Adresse |  | | Tlf./mobil |  |
| **Samtykke** | | | | |
| *Jeg er kjent med at formålet med dette samtykket er å gjøre utveksling av informasjon mellom forvaltingsorgan mulig når det er nødvendig for å yte best mulig hjelp fra det offentlige hjelpeapparat til overnevnte person.*  *Samtykket er gitt under forutsetning av at jeg på forhånd er gjort kjent med tema som skal drøftes mellom samarbeidende instanser.*  *Samtykket gjelder (sett kryss):*  Drøfting i tverrfaglig gruppe Ansvarsgruppe  Individuell plan  Utlevering av personopplysninger  Annet:  *Samtykket gjelder i perioden:* | | | | |
| **Personer/etater/instanser** | | | | |
| *Jeg samtykker til at fagpersoner samhandler og utveksler nødvendige taushetsbelagte opplysninger for å sikre et best mulig koordinert tilbud og oppfølging. Det skal gis samtykke fra meg dersom andre enn de personene som er direkte involverte i tjenestetilbudet skal få informasjon om saken. Jeg fritar følgende instanser fra taushetsplikten, (sett kryss):*  *I henhold til Lov om pasient og brukerrettigheter (§3-6 og 4-4) og Lov om barnevernstjenester (§4-3 og 6-4).* | | | | |
| **Familie Oppvekst Helse**  Mor/Far Barnehage Helsestasjon  Annen familie: Skole Lege  PPT i kommune Tannlege  Statped Fysioterapeut  **Omsorg** Logoped Barnevern  Hjemmetjeneste BUP  Koordinerende enhet Habilitering  Rus/psykiatri **Andre:** Spesialisthelsetjenesten  NAV Politi | | | | |
| **Underskrifter** | | | | |
| *Jeg er kjent med at jeg kan reservere meg mot at opplysninger om spesielle tilfeller blir utvekslet, eller at spesielle fagmiljø eller enkeltpersoner får bestemte opplysninger* | | | | |
| Merknadsfelt (skriv inn ev. merknader): | | | | |
| Dato: | | Sted: | | |
| Underskift barn/ungdom (over 15 år) og voksne | | | | |
| Underskfit foresatt | | | | |
| Underskrift foresatt | | | | |