**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 AnsvarsgruppeIndividuell planUtlevering 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 HelsestasjonAnnen familie: Skole Lege PPT i kommune Tannlege Statped Fysioterapeut**Omsorg** Logoped BarnevernHjemmetjeneste BUPKoordinerende enhet HabiliteringRus/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 |