

Samtyckesblankett

För att vårdgivare, kommunens socialtjänst och andra aktuella samverkansparter ska kunna samordna de insatser jag är i behov av, ger jag mitt samtycke till att dessa verksamheter utbyter information gällande mig. Mitt samtycke gäller endast information som behövs för att de samverkande parterna på bästa sätt ska kunna hjälpa mig med min vård och rehabilitering och endast personer som är delaktiga i samordningen av mina insatser får ta del av informationen. Samtycket gäller bara under tiden jag är aktuell som patient/klient i verksamheterna och jag kan när som helst ta tillbaka mitt samtycke.

Jag samtycker till att följande verksamheter utbyter information om mig:

Samtycket avser information som är nödvändig för att samarbeta om följande insatser/behov:

Jag har rätt att när som helst ta tillbaka mitt samtycke genom att kontakta:

Namn (*Förnamn Efternamn*) alternativt enhet:

Telefonnummer:

UNDERTECKNANDE

Ort:

Datum (ÅÅ-MM-DD):

Namnteckning:

Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX):

Namnförtydligande:

Vid behov undertecknas samtyckesblanketten av vårdnadshavare eller legal företrädare.