

Aurland kommune

Samtykke til å utveksle teiepliktbelagte opplysningar

Eg samtykker til at avkryssa instansar/personar utan hinder av lovbestemt teieplikt kan gi og innhente relevante opplysningar som er nødvendige for å kunne gi meg rett tenestetilbud.

Følgjande instansar kan kontaktast:

Kommunale tjenester:		Interkommunale tjenester:		Spesialist-helsetjeneste:		Annet:	
Helsesjukaer		Barneverntenesta		Sjukehus		Bankforbindelse	
Heimesjukaer		Jordmor		DPS		Verge	
Skule		NAV		BUP		Pårørande	
Fastlege		PPT					
Psykisk helsetjeneste							
Barnehage							
Fysioterapi							
Ergoterapi							
Saksbehandlar							

Eg har følgjande reservasjonar: _____

Dette gjeld ansvarsgruppemøter: Eg ynskjer å delta i samarbeidet: JA NEI

Eg ynskjer at andre skal delta saman med eller for meg: _____

Eg kan når som helst trekke/endre samtykke. Eg har fått opplyst at eg kan nekte å gi samtykke (dette uavhengig av mottak av tenester). Eg erklærer at samtykket er gitt frivillig. Samtykket vert gitt til den aktuelle tenesta/planperioden er avslutta.

Stad/dato: _____

Namn: _____ Fødselsnr: _____

Underskrift: _____

Underskrift av barnet (over 15 år): _____

Foreldre/føresette: _____

Informasjon gitt av: _____

Kopi av underskreve samtykke vert gitt til brukar og aktuelle samarbeidande instansar etter signering.