



INFORMERT SAMTYKKEERKLÆRING

TIL TVERRFAGLIG SAMARBEID

Navn: _____ Fødselsdato: _____

Samtykket gir følgende instanser lov til å utveksle nødvendig opplysninger med saksansvarlig innenfor følgende tjenester (den som gir samtykket merker boksene):

Helsesøster- og Jordmortjenesten Legetjenesten Barnehage Skole

Koordinator for funksjonshemmede Barnevern-tjenesten Psykiskhelse tjenesten PPT

Fysioterapi/Ergoterapi Rustjenesten Stafettlogg NAV

Andre/Spesialisthelsetjenesten, Spesifiser: _____

Spesifiser hvilken barnehage/skole barnet tilhører: _____

Jeg/vi samtykker til opplysninger som blir nevnt under kan deles med mellom nevnte tjenestene. Formålet er å bidra til best mulig samordnet oppfølging og tiltak. Samtykket kan når som helst trekkes tilbake. Ved revidering utarbeides et nytt samtykkeskjema.

Samtykket innebærer at følgende opplysninger utveksles:

Formålet med at disse opplysningene utveksles:

Samtykket trer i kraft fra _____ og varer til _____

Eventuell revidering skjer i form av nytt samtykket som er satt til: _____

Dato: _____ Underskrift (foreldre/foresatte/ungdom): _____

Dato: _____ Underskrift fagperson/fagtjeneste: _____