



AURLAND KOMMUNE

SAMTYKKESKJEMA

Navn:

Personnr.:

Samtykket gjeld:

- Drøfting i tverrfagleg gruppe Ansvarsgruppe
 Individuell Plan Anna: _____
 Utlevering av personlege opplysningar

Eg har fått informasjon om:

- korleis opplysningane kan nyttas
- eg kan avstå frå å utveksle opplysningar eg ser som lite relevante, eller at ulike fagpersonar ikkje har tilgang til alle opplysningar
- avgrensing av opplysningar kan ha konsekvens for arbeidet med ansvarsgruppe/individuell plan, og for tilbodet som vert gitt

Eg samtykker i at desse etatane/personane kan utveksle aktuelle teiepliktige opplysningar	
	Funksjon og event. navn:
Familie/føresette	
Fastlege	
Helsestasjon/skulehelsetenesta	
Barnehage/skule	
Område for omsorg	
Barnevern	
Fysioterapi	
Ergoterapi	
PPT/vaksenopplæring	
NAV	
Psykiatrisk sjukepleiar	
Ruskonsulent	
ISP	
Andre:	

Eventuelle reservasjonar: _____

Samtykke gjeld frå: _____ til _____

Eg kan endre eller trekke tilbake samtykke når som helst.

Dato og underskrift av tenestemottakar