

**Informert samtykke til tverrfaglig og tverretatlig samarbeid om individuell plan**

Samtykket gjelder		
Etternavn:	Fornavn:	
Personnummer (11 siffer):	Telefon:	
Adresse:	Postnr.	Sted

Samtykke innebærer at jeg	
<ul style="list-style-type: none">• Vet hvordan opplysningene skal brukes• Er kjent med at det ikke skal utveksles flere opplysninger enn det som er nødvendig for det faglige samarbeidet• Er kjent med at jeg kan nekte utveksling av opplysninger om nærmere bestemte forhold• Er kjent med at jeg kan nekte enkeltpersoner eller instanser får bestemte opplysninger• Jeg kan når som helst trekke samtykket tilbake• Er kjent med de konsekvenser begrensninger på informasjon kan ha for arbeidet med min individuelle plan og for mitt tjenestetilbud	
I denne forbindelse samtykker jeg / vi til at det kan innhentes nødvendig informasjon fra følgende tjenestesteder:	
<input type="checkbox"/> Hjemmetjenesten	<input type="checkbox"/> Barneverntjenesten
<input type="checkbox"/> Sundheim institusjon	<input type="checkbox"/> NAV / skatteetaten
<input type="checkbox"/> Rus og psykisk helse	<input type="checkbox"/> Tjeneste for funksjonshemmede
<input type="checkbox"/> Vinstra legekantor	<input type="checkbox"/> Frivillighetssentralen
<input type="checkbox"/> Fysioterapitjenesten / ergoterapitjenesten	<input type="checkbox"/> Helsestasjon
<input type="checkbox"/> Barnehage / skole	<input type="checkbox"/> Spesialisthelsetjeneste

Jeg gir ikke samtykke til utveksling av opplysninger fra følgende tjeneste / sted(er)

Samtykke – underskrift	
Foreldre / foresattes samtykke (dersom tjenestemottaker er under 16 år). Der begge foreldre har foreldreansvar må begge underskrive om tjeneste til barnet, selv om kun den ene forelderen har daglig omsorg for barnet. Pårørendes samtykke /verge (dersom tjeneste mottaker ikke er i stand til å skrive under må fullmakt legges ved)	
Sted/dato:	Underskrift (evt. tilknytning):