

Samtycke till samverkan och utbyte av information

För att stödja dig behöver olika myndigheter/personer samverka. Till exempel med biståndshandläggare, omvårdnadspersonal, hälso- och sjukvård samt anhöriga/närstående. I samverkan behöver vi utbyta viss information om dig mellan oss och för att få göra det behövs ditt samtycke.

Jag samtycker till att information om mig får lämnas. Samtycket gäller bara den information som behövs för att de samverkande myndigheterna/personer på bästa sätt ska kunna hjälpa dig.

Namn	Personnummer
Biståndshandläggare	<input type="checkbox"/>
Hälso- och sjukvård	<input type="checkbox"/>
Omsorgspersonal	<input type="checkbox"/>
Hemsjukvård/sjuksköterska	<input type="checkbox"/>
Anhörig (namnge nedan)	<input type="checkbox"/>

Samtycket gäller från och med _____ och tills vidare.

Jag har fått information om vad samtycke innebär och är medveten om att det när som helst kan återkallas av mig.

Ort datum

Underskrift

Namnförtydligande

Kontaktuppgifter till anhöriga/närstående/god man

Kontaktas i 1:hand

Namn: _____

Relation: _____

Telefonnummer: _____

Kontaktas i 2:a hand

Namn: _____

Relation: _____

Telefonnummer: _____

Kontaktas i 3:hand

Namn: _____

Relation: _____

Telefonnummer: _____