

Samtykkeerklæring for fritak av taushetsplikt

Jeg/vi samtykker / samtykker ikke til at fagpersoner samhandler og utveksler informasjon for å sikre at

(navn på person) _____ født: _____

får best mulig koordinert oppfølging og tilbud. Jeg fritar derfor følgende instanser fra taushetsplikten som den enkelte instans har.

	Sett kryss ved de personer/instanser samtykke gjelder	Samtykke er tidsbegrenset fra dato til dato
	Pårørende	
	Fastlege	
	NAV	
	Sykehuset Innlandet HF, avdeling:	
	Andre sykehus, avdeling:	
	Helsestasjonen og skolehelsetjeneste	
	Fysioterapitjenesten	
	Ergoterapitjenesten	
	Rus – og psykisk helsetjeneste	
	Tannhelsetjenesten	
	Barnevernet	
	Sykehjem	
	Hjemmebaserte tjenester	
	Skole/ SFO	
	Barnehage	
	PPT	
	Politi	
	SR Produkter	
	Tjeneste for mennesker med nedsatt funksjonsevne	
	Annet	

Sett kryss	Jeg tillater at følgende informasjon kan gis
	Alt som tjenesten anser som nødvendig for å kunne gi god behandling
	Begrenset informasjon. Fritak fra taushetsplikten gjelder følgende område:

Det skal gis samtykke fra meg dersom andre enn de personer som er direkte involvert i tjenestetilbudet skal motta informasjon om saken.

Sted, dato: _____

Signatur

Der signaturen er foretatt av mindreårige suppleres det med signatur fra foresatte

Jeg/vi er klar over at samtykket kan trekkes tilbake når som helst dersom jeg/vi ønsker det. Da kontakter jeg (navn, tjenestested, underskrift):

som bisto meg ved utfyllingen av dette skjemaet eller en av de andre som er krysset av.

Kopi av samtykkeskjemaet sendes til aktuelle instanser.