



Samtykke til oppheving av taushetsplikt og utveksling av opplysninger i tverrfaglig samarbeid



Jeg/vi samtykker til at involverte tjenester opphever taushetsplikten så langt som samtykket gjelder, og kan utveksle nødvendige opplysninger (Forvaltningslovens §13a nr. 1 og Helsepersonellovens §22) om navn) født (fødselsdato)

Mitt/vårt samtykke om samarbeid omfatter følgende tjenester (sett kryss):

Barnehage		Skole	
Tildelingskontoret		Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT)	
Hjemmebaserte/omsorgsbaserte tjenester		Legetjenesten/fastlege	
Psykisk helse- og rustjeneste		Fysioterapi- og ergoterapitjeneste	
Barnevernstjenesten		NAV	
Helsesykepleier-/ jordmortjenesten		Kompetanseteam	
Familieteam/-veileder		Andre, spesifiser:	

Jeg/vi er enige i at opplysningene/vurderingene kan deles mellom de nevnte tjenestene for å bidra til helhetlig og koordinerte tjenester. Jeg/vi er gjort kjent med at formålet med utveksling av opplysningene er å gi et best mulig hjelpetilbud, og at informasjonsutvekslingen er avgrenset til det som til enhver tid er nødvendig.

Følgende problemstillinger skal drøftes:

.....

.....

.....

.....

.....

* Sensitive personopplysninger (seksuell orientering, rase/etnisitet, helse, fagforeningstilknytning, genetiske/biometriske opplysninger, religion, politikk, straffedommer/lovovertridelser) må spesifiseres (krever eksplisitt samtykke).

Jeg/vi er gjort kjent med at samtykket kan trekkes tilbake, muntlig eller skriftlig, når som helst. Dersom jeg/vi ikke er tilstede, skal jeg/vi informeres om resultatet av samarbeidet.

Samtykket trer i kraft fra (dato) og varer til..... (dato).

Sted/dato Underskrift.....
Foresatt med foreldreansvar

Sted/dato Underskrift.....
Foresatt med foreldreansvar

Sted/dato Underskrift.....
Ungdom over 15 år

Sted/dato Underskrift:

Underskrift og tjeneste:
Ansatt som innhenter samtykke

*Avkryssede samarbeidsinstanser og de som har signert vil få tilsendt kopi av samtykket.