

Samtykkeskjema

Barn som pårørende

<p>Løype til å utveksle naudsynte opplysingar i samarbeid.</p>	<p>Vi/eg samtykker med dette til at opplysingar som har betydning for barnet vårt sin livskvalitet/meistring og utvikling kan delast mellom dei ulike aktørane som samarbeider med oss.</p> <p>Barnet sitt namn: _____ Fødselsnummer _____</p> <p>Dersom barnet er mellom 12-16 år, er det informert? JA <input type="checkbox"/></p> <p>NEI <input type="checkbox"/></p> <p>Dersom barnet er over 16 år skal det samtykke sjølv:</p> <p>Namn: _____</p> <p style="text-align: center;">Underskrift</p> <p>Samtykke gjev følgande personar høve til å utveksle naudsynte opplysingar i samarbeid om barnet mitt/vårt.</p>
<p>Utveksling av opplysingar:</p>	<p>Helsesøster: _____</p> <p>Fastlege: _____</p> <p>Fysioterapeut: _____</p> <p>Skule: _____</p> <p>PPT: _____</p> <p>NAV: _____</p> <p>Barnevern: _____</p> <p>Bup: _____</p> <p>Kreftkoordinator/ressursspl: _____</p> <p>Psykiatrisk sjukepleiar/ruskonsulent: _____</p> <p>Barnehage: _____</p> <p>Andre: _____</p>
<p>Løype trer i kraft:</p> <p>Underskrift:</p>	<p>_____ og varar til: _____</p> <p>Stad/Dato: _____</p> <p>Føresette: _____</p> <p>Frå spesialisthelsetenesta: _____</p> <p>For kommunen: _____</p>