



Samtykke til samarbeid

Jfr. Forvaltningsloven §13 og Helsepersonelloven §21

Navn	Fødselsdato
------	-------------

Jeg/vi samtykker til at tar kontakt med de instanser det gis tillatelse til, for at det kan gis nødvendig oppfølging/henvisning i forbindelse med.....

Jeg/vi tillater at følgende informasjon kan utveksles:

Alt som anses nødvendig

Begrenset informasjon. Følgende kan informeres om:

.....

.....

Jeg/vi samtykker til samarbeid med følgende tjenester/ personer:

	Tjeneste, fyll ut kontaktperson så langt det lar seg gjøre
	Skole/barnehage v/
	PPT v/
	Helsesykepleier v/
	NAV v/
	BUP/DPS evt annen instans i spesialisthelsetjenesten v/
	Tilrettelagte tjenester v/
	Fastlege v/
	Psykisk helse- og rustjeneste v/
	Barneverntjenesten v/
	Kommunepsykolog v/
	Andre aktuelle samarbeidspartnere/personer:

Informasjon kan drøftes i Inntaksteam

JA NEI (ring rundt)

Dette samtykket gjelder frem til: _____, eller til jeg/vi trekker samtykket tilbake.

Sted	Dato	Navn (bruker/foresatt/hjelpeverge/pårørende)

Samtykkeskjemaet lagres Kopi kan gis til den som skriver under.