



Hamar kommune

SAMTYKKE TIL TVERRFAGLIG SAMARBEID

For at offentlige tjenester skal kunne samarbeide, innhente og dele taushetsbelagte opplysninger, må det foreligge samtykke fra den det gjelder, foresatte eller evt verge.

Tjenestemottaker:

Navn: _____

Fødselsnr: _____

- Jeg/vi samtykker til at _____ i Hamar kommune
(Tittel/rolle)
kan innhente og/eller utveksle taushetsbelagt informasjon med de tjenester/instanser jeg her gir tillatelse til. Informasjonen skal forenkle det tverrfaglige samarbeidet, og være relevant for å og gi best mulig oppfølging.

Begrensninger i hva som kan deles:

_____ i helsestasjonen i Hamar kommune kan innhente og utveksle taushetsbelagte opplysninger med følgende tjenester/instanser:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Skole: _____ | <input type="checkbox"/> Politi |
| <input type="checkbox"/> Barnehage: _____ | <input type="checkbox"/> Fastlege: _____ |
| <input type="checkbox"/> Helsestasjon/skolehelsetjeneste | <input type="checkbox"/> Boligkontor |
| <input type="checkbox"/> PPT | <input type="checkbox"/> Voksenopplæring |
| <input type="checkbox"/> Barnevernstjenesten | <input type="checkbox"/> Familie: _____ |
| <input type="checkbox"/> Tjenestekontoret | <input type="checkbox"/> Fysioterapeut |
| <input type="checkbox"/> Jordmor | <input type="checkbox"/> Ergoterapeut |
| <input type="checkbox"/> Psykolog/spesialsykepleier | <input type="checkbox"/> Frisklivssentralen |
| <input type="checkbox"/> Tjeneste for psykisk helse og rus | <input type="checkbox"/> Spesialisthelsetjenesten avd:
_____ |
| <input type="checkbox"/> BUP | <input type="checkbox"/> Frivillig organisasjon: _____ |
| <input type="checkbox"/> DPS | <input type="checkbox"/> Andre: _____ |
| <input type="checkbox"/> NAV | |

Jeg har fått informasjon om de aktuelle instansene/tjenestene jeg har krysset av for

Samtykket gjelder frem til _____, eller til samtykket trekkes tilbake .

Informert samtykke innebærer at jeg/vi:

- Vet at samtykket er frivillig, og at det kan trekke tilbake da jeg/vi ønsker.
- Har fått informasjon om hvilke opplysninger som deles, og at det ikke skal deles flere opplysninger enn det som er nødvendig.
- Vet at jeg har rett til å bestemme at opplysninger om spesielle forhold ikke deles, eller at spesifikke fagmiljø eller enkeltpersoner kun får bestemte opplysninger.
- Har fått forklart hva jeg samtykker til på et språk jeg forstår.

Barns rettigheter:

Når barnet er fylt 7 år skal det høres, og det skal legges økende vekt på barnets mening ut ifra alder og modenhet. Fra 12 år skal barnets mening tillegges stor vekt. Fra 16 år kan ungdommen selv samtykke til helsehjelp – og underskrive samtykke på egen hånd.

Sted/dato: _____

.....
Signatur

Sted/dato: _____

.....
Foresatt BLOKKBOKSTAVER

.....
Signatur foresatt

Samtykket er innhentet av: _____ Tjenestested: _____