



## Samtykke til samarbeid

etter forvaltningsloven §13 og helsepersonelloven §21

Navn	Fødselsdato
Jeg samtykker til at _____ tar kontakt med de instanser jeg gir tillatelse til – slik at tjenesten kan gi nødvendig oppfølging/henvisning i forbindelse med _____.	
Jeg tillater at følgende informasjon kan utveksles:	
<input type="checkbox"/> alt som tjenesten anser som nødvendig	
<input type="checkbox"/> begrenset informasjon, hvor følgende kan informeres om:	
_____.	
_____.	

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

Tjeneste og navn på kontaktperson, så langt det lar seg gjøre
<input type="checkbox"/> Skole eller barnehage v/
<input type="checkbox"/> PPT v/
<input type="checkbox"/> Helsesykepleier v/
<input type="checkbox"/> NAV v/
<input type="checkbox"/> BUP/DPS, eller annen instans i spesialisthelsetjenesten v/
<input type="checkbox"/> Tilrettelagte tjenester v/
<input type="checkbox"/> Fastlege v/
<input type="checkbox"/> Psykisk helse- og rustjeneste v/
<input type="checkbox"/> Barneverntjenesten v/
<input type="checkbox"/> Kommunepsykolog v/
<input type="checkbox"/> Andre aktuelle samarbeidspartnere/personer:

Informasjonen kan drøftes i kommunens inntaksteam: Ja  Nei

**Samtykket gjelder fram til (skriv inn dato):** \_\_\_\_\_.

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

Samtykkeskjemaet lagres \_\_\_\_\_ . Kopi kan gis til den som skriver under.