

**SAMTYKKE TIL TVERRFAGLIG SAMARBEID**

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

NAVNE:

FØDSELSNR:

JEG/VI ER ENIG I AT FØLGENDE INSTANSER/TJENESTER KAN DELE OG UTVEKSELE INFORMASJON MED HVERANDRE SLIK AT DE KAN GI HELHETLIG OG SAMORDNET**OPPFØLGING. Sett kryss:**

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Helsestasjon/skolehelsetjeneste | <input type="checkbox"/> Tildelingskontor | <input type="checkbox"/> Nav |
| <input type="checkbox"/> Barneverntjenesten | <input type="checkbox"/> Hukommelsesteam | <input type="checkbox"/> Fastlege |
| <input type="checkbox"/> Familietjenesten | <input type="checkbox"/> Kreftkoordinator | <input type="checkbox"/> Politi |
| <input type="checkbox"/> Psykisk helse og rus | <input type="checkbox"/> Familie/foresatte | <input type="checkbox"/> Innsatsteam |
| <input type="checkbox"/> Jordmor | <input type="checkbox"/> Arbeidssted | <input type="checkbox"/> Sørlandet sykehus avd.: _____ |
| <input type="checkbox"/> Avlastning/besøkshjem | <input type="checkbox"/> Barnehage/ Skole/SFO | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleien | <input type="checkbox"/> Voksenopplæringen | <input type="checkbox"/> Andre _____ |
| <input type="checkbox"/> Fysio-/ergoterapitjenesten | <input type="checkbox"/> PPT / logoped | _____ |
| <input type="checkbox"/> Oppfølgningstjenesten | <input type="checkbox"/> Pedagogisk fagteam | _____ |
| <input type="checkbox"/> Innsatsteam rus | <input type="checkbox"/> Mobilt skoleteam | _____ |
| <input type="checkbox"/> Boveiledertjenesten | <input type="checkbox"/> Kommunale fritidstilbud | _____ |
| <input type="checkbox"/> Koordinator individuell plan | | |

JEG TILLATER AT FØLGENDE INFORMASJON KAN GIS OG DELES:

Dette gjelder informasjon om f.eks. helse, sosiale og økonomiske forhold, familie, skole og/eller arbeid eller annen aktuell informasjon. Gi en beskrivelse her:

Begrensninger i hva som kan deles:

AVKLARINGER:

- Jeg har fått informasjon om de ulike instansene/tjenestene som er avkrysset over.
 Samtykke gjelder fram til _____ eller til samtykket trekkes tilbake.

Sted/Dato: _____

.....
Signatur

Sted/Dato: _____

.....
Signatur foresatt Signatur foresatt

SAMTYKKE INNHENTET AV: _____ TJENESTESTED: _____

INFORMERT SAMTYKKE INNEBÆRER AT JEG/VI:

- Vet at samtykket er frivillig og at målet med deling av opplysninger er å gi et best mulig hjelpetilbud.
- Har fått informasjon om hvilke opplysninger som skal deles, og at det ikke skal deles flere opplysninger enn det som er nødvendig.
- Vet hvordan opplysningene skal brukes.
- Vet at jeg/vi kan nekte at opplysninger om spesielle forhold deles, eller at spesifikke fagmiljø eller enkeltpersoner kun får bestemte opplysninger.
- Har fått forklart hva jeg samtykker til på et språk jeg forstår.
- Kjenner barnets rettigheter;
 - når barnet er fylt 7 år skal det høres, og det skal legges økende vekt på barnets mening ut fra alder og modenhet
 - fra 12 år skal barnets mening tillegges stor vekt
 - fra 16 år kan ungdommen selv samtykke til helsehjelp