

**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 UTVEKSLER INFORMASJON MED HVERANDRE SLIK AT DE KAN GI HELHETLIG OG SAMORDNET OPPFØLGING. Sett kryss:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Helsestasjon/skolehelsetjeneste | <input type="checkbox"/> Tjenestekontor | <input type="checkbox"/> Nav |
| <input type="checkbox"/> Barneverntjenesten | <input type="checkbox"/> Hukommelsesteam | <input type="checkbox"/> Fastlege |
| <input type="checkbox"/> Familie og helse (psykisk helse) | <input type="checkbox"/> Kreftkoordinator | <input type="checkbox"/> Politi |
| <input type="checkbox"/> Jordmor | <input type="checkbox"/> Familie/foresatte | <input type="checkbox"/> Sørlandet sykehus avd.:
_____ |
| <input type="checkbox"/> Avlastning/besøkshjem | <input type="checkbox"/> Arbeidssted | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleien | <input type="checkbox"/> Barnehage/ Skole/SFO | <input type="checkbox"/> Andre
_____ |
| <input type="checkbox"/> Fysio-/ergoterapitjenesten | <input type="checkbox"/> Voksenopplæringen | _____ |
| <input type="checkbox"/> Oppfølgingstjenesten | <input type="checkbox"/> PPT | _____ |
| <input type="checkbox"/> Miljøarbeidertjenesten | <input type="checkbox"/> Pedagogisk fagteam | _____ |
| <input type="checkbox"/> Boveiledertjenesten | <input type="checkbox"/> Mobilt skoleteam | _____ |
| <input type="checkbox"/> Koordinator individuell plan | <input type="checkbox"/> Kommunale fritidstilbud | |

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