

**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"/> Tjenestekontor          | <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"/> Sørlandet sykehus avd.:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Jordmor                         | <input type="checkbox"/> Arbeidssted             | _____   |
| <input type="checkbox"/> Avlastning/besøkshjem           | <input type="checkbox"/> Barnehage/ Skole/SFO    | <input type="checkbox"/> Andre<br>_____                   |
| <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleien                | <input type="checkbox"/> Voksenopplæringen       | _____   |
| <input type="checkbox"/> Fysio-/ergoterapitjenesten      | <input type="checkbox"/> PPT / logoped           | _____   |
| <input type="checkbox"/> Oppfølgingstjenesten            | <input type="checkbox"/> Pedagogisk fagteam      | _____   |
| <input type="checkbox"/> Miljøarbeidertjenesten          | <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