



Samtycke från:

Namn

Personnr

Som lämnas av Den enskilde själv Företrädare, ange namn/roll: _____

Som samtycker till nödvändig informationsöverföring mellan de instanser där jag har vårdkontakt med, får utbyta den information om mig som de finner nödvändig med valda aktörer enligt nedan, för att kunna erbjuda en god och säker vård, omsorg och service

- Internt inom kommunen (Omsorg, Hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola)
- Sjukhus specialistvård
- Vårdcentral eller annan öppenvårdsmottagning
- Nationella register, t ex NDR, Senior Alert, BPSD och Svevac
- NPÖ, Nationell patientöversikt
- Försäkringskassa och/eller Arbetsförmedlingen
- Närstående enl. "mina kontaktuppgifter"
- Legal företrädare (god man/förvaltare)
- Annat / övrigt (anges):.....

Jag har informerats om att jag kan ta tillbaka mitt samtycke när jag vill, annars gäller samtycket max ett (1) år och förnyas årligen på inhämtarens initiativ

| | | |
|-----------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Samtycke gäller | Helt <input type="checkbox"/> | Delvis <input type="checkbox"/> |
| | Fr.o.m _____ | T.o.m _____ |
| Ev kommentarer | ----- ----- ----- | |

| | | |
|----------------------|-----------------------------------|------------------------|
| Samtycke lämnat av | ----- Namn | ----- Datum |
| Samtycke inhämtat av | ----- Namn och profession/roll | ----- Datum |
| | ----- Verksamhet | ----- Enhetens namn |

OBS! Uppgifterna enligt ovan ska dokumenteras i verksamhetssystemet