



Erklæring om samtykke

Erklæring om samtykke til opphevelse av taushetsplikt, jf forvaltningslovens § 13 a),
helsepersonelloven § 32

Jeg/vi samtykker til at den forvaltningsmessige og yrkesmessige taushetsplikten oppheves mellom instanser nevnt nedenfor. Dette slik at instansene kan samarbeide om tiltak samt utveksle nødvendig informasjon seg i mellom.

Dette gjelder kun informasjon i forhold til følgende hendelse/situasjon:

.....

For å kunne gi et helhetlig tilbud til:

.....

Navn

Fødselsdato

Kryss av for instanser som fritas fra taushetsplikten i denne saken:

<input type="checkbox"/>	Barnehage	<input type="checkbox"/>	Politi	Andre:
<input type="checkbox"/>	Skole	<input type="checkbox"/>	SLT-koordinator
<input type="checkbox"/>	Ungdomstjeneste	<input type="checkbox"/>	NAV
<input type="checkbox"/>	Helsestasjon	<input type="checkbox"/>	Behandlingssted
<input type="checkbox"/>	Lege	<input type="checkbox"/>	Bo-tilbud
<input type="checkbox"/>	PP-tjeneste	<input type="checkbox"/>	Kommunal psykiatri
<input type="checkbox"/>	Barnevern	<input type="checkbox"/>	BUP

Jeg/ vi er informert om:

- **At samtykket helt eller delvis kan trekkes tilbake når som helst.**
- **At det er frivillig å gi fra seg opplysninger.**
- **Hva opplysningene skal brukes til, hvem som har tilgang til opplysninger**
- **Hvor lenge opplysningene oppbevares.**
- **At opplysningene ikke kan gis videre med mindre det gis samtykke eller loven sier noe annet.**
- **At opplysningene blir registrert og behandlet elektronisk.**
- **At jeg/vi har rett til innsyn og retting.**
- **Navn på behandlingsansvarlige.**

Sted:

Dato:.....

.....
Underskrift foresatt

.....
Underskrift foresatt

.....
Underskrift ungdom over 15 år

Husk kopi til undertegnede.