

Nederst i skjemaet

ERKLÆRING OM SAMTYKKE TIL FRITAK FOR TAUSHETSPLIKT

*(jf. Helse og omsorgstjenesten § 2-1 jf. Helsepersonellovens §§ 21 flg. Forvaltningsloven § 13a)*

For at Røst kommune skal kunne gi deg et **best mulig og helhetlig tilbud**, er det nyttig at tjenesteyterne snakker sammen. Hvis du synes at det er greit, kan du skrive under på denne erklæringen og krysse av for hvem du vil gi tillatelse til å få innsyn i din situasjon.

**Jeg/vi samtykker i at nevnte og/eller avkryssede instanser kan samarbeide og utveksle informasjon seg imellom, i forhold til følgende situasjon:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Navn**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **født** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kryss av for instanser som fritas for taushetsplikten seg i denne saken:**

Skole Legekontor

Pedagogisk Psykologisk tjeneste  Hjemmesykepleie

Skolehelsetjeneste/helsestasjon Sykehjem

 Barnehage Psykiatritjenesten

Barneverntjeneste Helsesøster

Fritidsklubb, evt. andre fritidstilbud Spesialhelsetjeneste

Politi Somatikk

Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) Psykiatri

Samhandlingskoordinator-rus Fastlege

Pårørende

Andre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Samtykket gjelder for perioden **fra \_\_\_\_\_\_\_\_\_ til \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Samtykket kan helt eller delvis trekkes tilbake når som helst.

Pårørende (trenger ikke være slekt): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hvem ønsker du skal kontaktes i en krisesituasjon (trenger ikke være pårørende): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sted**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Dato**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Underskrift Underskrift Underskrift**

Samtykker Verge eller annen foresatt Ungdom over 15 år