

SAMTYCKESBLANKETT TILL ATT FÅ DELA INFORMATION

VI ARBETAR TILLSAMMANS FÖR DITT BARN

Genom att skriva under den här blanketten godkänner du att verksamheterna kan dela sådan information som är viktig för att stödet kring dig/ditt barn ska bli så bra som möjligt.

SAMTYCKET GÄLLER FÖR:

Barnets för- och efternamn	Barnets personnummer
----------------------------	----------------------

SAMTYCKET GÄLLER ENDAST DE VERKSAMHETER/ROLLER SOM SAMVERKAR RUNT BARNET:

☐ Skola/förskola	☐ Vårdcentral	☐ Annan verksamhet/roll:
☐ Ungdomsmottagning	☐ Habilitering	_____
☐ BHV/familjecentral	☐ Barn- och ungdomspsykiatri	
☐ Familjehälsan	☐ Socialtjänsten	☐ Annan verksamhet/roll:
☐ Barn- och elevhälsa	☐ Polis	_____

JAG/VI SAMTYCKER TILL ATT SAMVERKANDE VERKSAMHETER FÅR DELA RELEVANT OCH NÖDVÄNDIG INFORMATION MED VARANDRA:

Datum	Underskrift vårdnadshavare	
Datum	Underskrift vårdnadshavare	
Datum	Underskrift ungdom	
Samtycket gäller från datum	Samtycket gäller till datum (dock längst 1 år)	
Ansvarig för inhämtande av samtycke (namn)	Verksamhet/roll	Telefonnummer

Samtyckesblankett där sekretessen bryts enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Du kan när som helst ta tillbaka samtycket genom att kontakta initiativtagare till samverkan ovan.

I ARBETET MED KRONOBARNSMODELLEN SAMVERKAR

Region Kronoberg, Ljungby kommun, Växjö kommun, Uppvidinge kommun, Alvesta kommun, Markaryds kommun, Lessebo kommun, Tingsryds kommun, Älmhults kommun, Polisen, Linnéuniversitetet