

# Samtycke (vuxna)

Namn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_  
(Kommun) (Datum)

För att kunna ge dig och din familj ett så bra stöd som möjligt är det viktigt att du ger oss tillåtelse att kontakta andra verksamheter så att vi kan samråda och dela information mellan varandra.

Regionen har som uppgift att skydda informationen om din hälsa och personliga förhållanden, enligt offentlighets- och sekretesslagen samt patientsäkerhetslagen.

Alla som tar del av uppgifterna om dig har tystnadsplikt.

Jag tillåter att dessa verksamheter får ha kontakt och samtala med varandra om saker som rör mig:

Verksamhet

Du ger oss även tillåtelse att kontakta och informera följande personer:

Namn	Relation till dig	Kontaktinformation

Samtycket gäller till och med (datum): \_\_\_\_\_

**Du kan när som helst återkalla samtycket.**

\*\*\*\*\*

Jag har tagit del av och godkänner ovanstående:

Underskrift: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Gode man/förvaltare/företrädare** (om sådan är utsedd):

Jag har tagit del av ovanstående:

Underskrift av godemannen/förvaltare/företrädare: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

Samtycket utfärdas i två exemplar med kopia till den enskilde.

# Samtycke (barn upp till 18 år)

Namn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_  
(Kommun) (Datum)

Regionen har som uppgift att skydda informationen om din hälsa och personliga förhållanden, enligt offentlighets- och sekretesslagen samt patientsäkerhetslagen.

För att kunna ge dig och din familj ett så bra stöd som möjligt är det viktigt att du ger oss tillåtelse att kontakta andra verksamheter så att vi kan diskutera och dela information mellan varandra.

Alla som tar del av uppgifterna om dig har tystnadsplikt.

Genom att du/dina föräldrar eller vårdnadshavare undertecknar detta samtycke godkänner ni att dessa berörda verksamheter får ha kontakt och dela information mellan sig om dig:

Befattning	Verksamhet

Ni ger oss även tillåtelse att kontakta och informera följande personer:

Namn	Relation till dig	Kontaktinformation

Samtycket gäller till och med (datum): \_\_\_\_\_

**Du eller dina föräldrar/vårdnadshavare kan när som helst återkalla samtycket.**

\*\*\*\*\*

**Barnet:**

Jag har tagit del av och godkänner ovanstående:

Underskrift: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Föräldrar/Vårdnadshavare alternativt Gode man/förvaltare/företrädare:**

Jag/vi har tagit del av och godkänner ovanstående:

Underskrifter: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

Samtycket utfärdas i två exemplar med kopia till barnet/dess företrädare.