

Samtycke till samverkan och informationsbyte

Samtycket gäller endast information som behövs för att berörda myndigheter på bästa sätt ska kunna hjälpa mig.

Jag samtycker till att berörda myndigheter nedan samverkar kring mina insatser. Jag medger därför att berörda myndigheter får utbyta information utan hinder av sekretess.

Datum

Personens namn:

Personens personnummer:

Medgivandet omfattar:

Person jag har kontakt med:

Socialtjänst

Hälsa- och sjukvård

Utbildning

Arbetsförmedling

Försäkringskassa

Privat vårdaktör

.....

Samtycket gäller:

3 månader

6 månader

12 månader

.....månader

Underskrift:

Namnförtydligande:

Detta dokument bifogas journalhandling hos berörd myndighet. Kopia till personen.

Handläggare/Initiativtagare till samverkan (namn och telefon):