



Samtyckesblankett

Blanketten skickas till:

Härjedalens kommun
Socialförvaltningen
842 80 Sveg

Samtycke från:

Namn	Personnummer
------	--------------

Som samtycker till nödvändig informationsöverföring mellan de instanser där jag har vårdkontakt med, får utbyta den information om mig som de finner nödvändig med valda aktörer enligt nedan. För att kunna erbjuda en god och säker vård, omsorg och service.

- Internt inom kommunen (Omsorg, Hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola)
- Sjukhus, specialistvård
- Hälsocentral eller annan öppenvårdscentral
- Nationella register (t ex NDR, Senior Alert, BPSD och Svevac)
- NPÖ (Nationell patientöversikt)
- Försäkringskassan
- Arbetsförmedlingen
- Närstående enl. "mina kontaktuppgifter"
- Legal företrädare (god man/förvaltare)
- Annat/övrigt.....

- Jag har informerats om att jag kan ta tillbaka mitt samtycke när jag vill, annars gäller samtycket max ett (1) år och förnyas årligen på inhämtarens initiativ

Samtycke gäller: Helt Delvis Fr.o.m..... T.o.m.....

Eventuella kommentarer:.....

Samtycke lämnat av

Den enskilde: _____
Namn Ort och datum

Företrädare: _____
Underskrift och roll Ort och datum

Samtycke inhämtat av: _____
Namn och profession/roll Ort och datum

Uppgifterna dokumenteras i verksamhetssystemet.