



# Samtycke till samverkan och informationsutbyte

## Varför behövs ditt samtycke?

För att kunna utreda dina behov och samordna stödinsatser på ett bra sätt behöver vi information om dig och din situation. Omvårdnadsförvaltningen kan därför behöva inhämta sekretesskyddade uppgifter som rör dig från andra myndigheter, vårdmottagningar etc. Vi kan också behöva lämna ut uppgifter som rör dig till andra för att möjliggöra samverkan.

NAMN
PERSONNUMMER

MEDGIVANDET OMFATTAR	VERKSAMHET OCH PERSON
Hälso- och sjukvård <input type="checkbox"/>	
Annan förvaltning <input type="checkbox"/>	
Skola <input type="checkbox"/>	
Arbetsförmedlingen <input type="checkbox"/>	
Försäkringskassan <input type="checkbox"/>	
Närstående <input type="checkbox"/>	
Utförare <input type="checkbox"/>	

<b>SAMTYCKET GÄLLER</b>	<input type="checkbox"/> 3 månader	<input type="checkbox"/> 6 månader	<input type="checkbox"/> 12 månader
-------------------------	------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Jag medger att omvårdnadsförvaltningen får utbyta information med ovan nämnda verksamheter samt att förvaltningen får lämna nödvändiga uppgifter om mig till utföraren av insats och ta del av social dokumentation. Du kan när som helst ta tillbaka ditt samtycke. Det gör du genom att kontakta din handläggare på myndigheten.

UNDERSKRIFT	DATUM
NAMNFÖRTYDLIGANDE	

De personuppgifter som du lämnar till omvårdnadsförvaltningen kommer att behandlas i förvaltningens dataregister enligt dataskyddsförordningen (GDPR). Uppgifterna är skyddade enligt gällande sekretesslagar. Om du önskar få information om vilka uppgifter om din person som omvårdnadsförvaltningen behandlar eller om du önskar rättelse är du välkommen att begära det skriftligt.