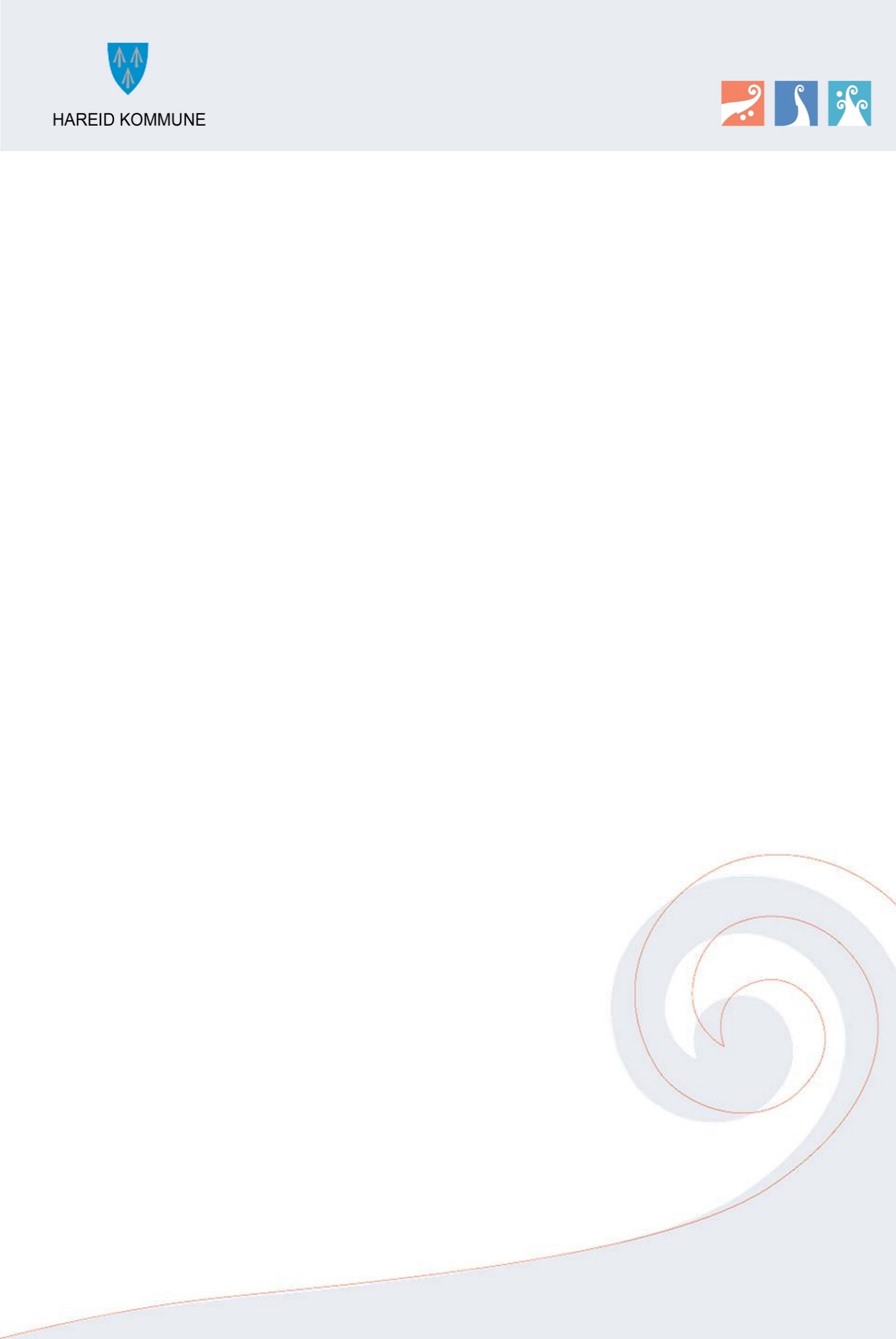
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personopplysingar:** | | |
| Etternamn:  Fornamn: | Adresse:  Postnummer og stad: | Fødsels- og personnummer:  Telefon: |
| **Samtykke:** | | |
| *Eg er kjend med at føremålet med denne fråsegna er å gjere utveksling av informasjon mellom forvaltingsorgan mogleg når det er naudsynt for å yte best mogleg hjelp frå det offentlege hjelpeapparat til ovannemnde person.*  *Samtykket er gitt under føresetnad av at eg på førehand er gjort kjend med tema som skal drøftast mellom samarbeidande instansar.*  Samtykket gjeld (set kryss):  Drøfting i tverrfagleg gruppe (som t.d. nærgruppemøte, fagmøter o.l.)    Ansvarsgruppe  Individuell plan  Utlevering av personopplysingar    Anna: | | |
| **Personar/etatar/instansar:** | | |
| *Eg samtykker til at fagpersonar samhandlar og utvekslar naudsynte, teiepliktige opplysingar for å sikre eit best mogleg koordinert tilbod og oppfylging. Det skal gjevast samtykke frå meg dersom andre enn dei personane som er direkte involvert i tenestetilbodet skal få informasjon om saka. Eg fritek fylgjande instansar frå teieplikta (set kryss):* | | |
| **Familie:**   * Mor/far * Anna Familie   **Sektor for læring og kultur:**   * Barnehage * Skule * Spesialpedagog   Støttande team | **Sektor for velferd:**   * Koordinerande eining * Helsestasjon * Lege * Fysioterapeut * Ergoterapeut * Heimetenestene * Psykisk helse og rus * NAV | **Andre:**   * PPT * Barnevern * BUP * Habiliteringa * Logoped * Statped * Politi * Andre: |
| **Underskrifter** | | |
| *Eg er kjend med at eg kan reservere meg mot at opplysingar om spesielle tilhøve vert utveksla, eller at spesielle fagmiljø eller enkeltpersonar får bestemte opplysingar.* | | |
| Merknadsfelt: | | |
| Dato: Stad: | | |
| Underskrift vaksne og barn/ungdom (over 15 år):: | | |
| Underskrift føresett: | | |
| Underskrift føresett: | | |

**Samtykke til samhandling**