

Medgivande till samverkan

För att vårdgivare, kommunens socialtjänst och andra samverkanspartner ska kunna samordna de insatser som jag är i behov av, ger jag de verksamheter som anges nedan mitt tillstånd att diskutera aktuell frågeställning

Medgivandet gäller sådan information som vi kommer överens om och bara för den tid som jag anger. De som samverkar kring mig kommer inte att ha tillgång till varandras akter eller journaler.

För och efternamn	Personnummer
Jag ger mitt tillstånd för verksamheterna	

Varje myndighet eller vårdgivare måste kunna visa undertecknad medgivandeblankett, att den enskilde har lämnat ett giltigt samtycke att samarbeta om följande frågeställning.

Medgivande

Medgivandet gäller fram till detta datum* (fältet måste fyllas i)

Jag har rätt att när som helst ta tillbaka mitt medgivande genom att kontakta:

Namn alternativt enhet

Telefon

Underskrift

Namnsteckning	Namnförtydligande
Ort	Datum