**Samtykkeerklæring til utveksling av informasjon**

Jeg/vi samtykker til at ….…………………………(instans) kan utveksle taushetsbelagt informasjon (jf. forvaltningsloven § 13 a nr. 1 og helsepersonelloven § 22)

om ……………………..…………….……..(elevens navn) med følgende tjenester:

Sett kryss:

|  |  |
| --- | --- |
| Oppfølgingstjenesten (OT) |  |
| Fagopplæring |  |
| Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) |  |
| Skole |  |
| Fastlege |  |
| Barneverntjenesten |  |
| Psykiatri |  |
| Helsesøstertjenesten |  |
| Andre (spesifiser) |  |

Tverrfaglig samarbeid og/eller innhenting av opplysninger fra andre instanser anses nødvendig for å kunne gi/vurdere et forsvarlig og best mulig hjelpetilbud. Samarbeid mellom instanser vil også kunne bidra til å skape helhetlige og koordinerte tjenester.

Jeg/vi er gjort kjent med at formålet med utveksling av informasjon er med på å gi barnet/ungdommen best mulig tverrfaglig bistand.

Jeg/vi samtykker til at informasjon om personlige forhold, taushetsbelagt informasjon, kan deles med aktuelle representanter i de angitte tjenester, og at informasjonen som utveksles tematisk skal være begrenset til det som til enhver tid er nødvendig for å kunne gi/vurdere et forsvarlig tjenestetilbud.

Med mindre annet er angitt, er samtykket gjeldende fra det er signert av foresatte/elev, og frem til eleven har fullført videregående opplæring.

Eventuelt begrenses dette samtykket til følgende saksområde/tidsrom:

………………………………………………………………………………………………

Jeg/vi er informert om hva samtykket innebærer, og er gjort kjent med at samtykket når som helst kan trekkes tilbake.

Dato: …………………….    Foresatt: ………………………….………..……..……….

Dato: …...……………….    Foresatt: …………………….…….………..………..……

Dato: …...……………….     Elev over 18 år: …..………….…….………………..……

Dato: …………………….    Instans/tjeneste: ………………..…………………..…….