

Samtycke till informationsutbyte för SIP

För att berörda verksamheter på bästa sätt ska kunna samverka kring mig, samtycker jag till att dessa får utbyta information utan hinder av sekretess. Samtycket gäller för den samordning av insatser som nu startar. Det kan exempelvis handla om kontakter per telefon och vid upprättandet av min SIP, (samordnad individuell plan). Samtycket gäller bara information som är viktig för att de samverkande verksamheterna på bästa sätt ska kunna hjälpa mig och jag kan när som helst återkalla samtycket.

Datum för upprättande

Datum

Samtycket återkallas/upphör/omprövas

Datum

Samtycket gäller följande verksamheter

Den enskilde

Namn

Personnummer

Adress

Telefonnummer

Namnteckning

Vårdnadshavare, förvaltare eller annan företrädare för den enskilde

Datum

Datum

Namn och underskrift

Namn och underskrift

Samtycke inhämtat av

Namn

Funktion/verksamhet

Kontaktuppgifter

Samtycket ska förvaras som en sekretesshandling.