Kommun och sjukvård
Samverkan i Göteborgsområdet

SAMTYCKE
till samarbete och informationsutbyte

Vi vill i vårt arbete ha en helhetssyn på det sociala och psykiatriska insatserna från såväl den psykiatriska vården som socialtjänsten.

Du har möjlighet att påverka din livssituation med mål och struktur i din vardag tillsammans med dina två Vård och stödsamordnare.

Jag ger mitt samtycke till samarbete och informationsutbyte mellan

…… och …….

Samtycket kan återkallas:

Datum: _____

Namnteckning: _____

Namnförtydligande: _____

Samtycket återkallat:

Datum: _____

Namnteckning: _____

Namnförtydligande:_____