

Medgivande

För att vårdgivare, kommunens socialtjänst och andra samverkansparter 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 endast 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.

Jag ger mitt tillstånd för verksamheterna:

.....
.....
.....

Varje myndighet/vårdgivare måste kunna visa en undertecknad medgivandeblankett, att den enskilde har lämnat ett giltigt samtycke.

att samarbeta om följande frågeställning/ar:

.....
.....
.....

Datum *måste* anges!

Medgivandet gäller fram till detta datum:

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

Namn alt. enhet.....

Tfn.....

Vid återkallande underrättar angiven person/enhet verksamheterna ovan Dokumentera återkallelsen i samma ärende som där medgivandeblanketten finns.

Undertecknande:

.....
Ort

.....
Datum

.....
Namnteckning

.....
Personnummer

.....
Namnförtydligande

Eftergift av sekretess

Att inhämta enstaka sekretesskyddade uppgifter hos annan myndighet/vårdgivare

Genom undertecknande av denna blankett godkänner jag att myndighet/vårdgivare (A) inhämtar sekretesskyddade uppgifter, se beskrivning nedan, om mig hos myndighet/ vårdgivare (B).

Sekretessen hävs med hänvisning till 12 kap. 2 § Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) för offentliga vårdgivare och Patientsäkerhetslagen (2010:659) för privata vårdgivare.

Uppgifterna som inhämtas från myndighet/vårdgivare (B) får endast lämnas till den person/ de personer inom myndighet/vårdgivare (A) som är i behov av uppgifterna för att kunna handlägga mitt ärende.

Myndighet/vårdgivare (A)

.....

Myndighet/vårdgivare (B)

.....

Sekretesskyddad uppgift som får inhämtas

.....
.....
.....

Myndighets/ vårdgivares (A) rätt att inhämta sekretesskyddade uppgifter gäller endast nedan angivna uppgifter.

Eftergift av sekretess gäller under tiden:

..... —

Myndighets/vårdgivares (A) rätt att inhämta sekretesskyddade uppgifter från myndighet/ vårdgivare (B) gäller endast under tiden

.....
Namnteckning

.....
Namnförtydligande

.....
Ort

.....
Datum