**Navn:**

 **Fødselsnummer:**

[ ]  Jeg/vi er enig i at \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (tjeneste/instans) tar kontakt med tjenester/instanser jeg her gir tillatelse til. De kan dele taushetsbelagt informasjon med hverandre slik at de kan samarbeide for å gi best mulig oppfølging.

**Jeg tillater at følgende informasjon kan gis og deles:**

Begrensninger i hva som kan deles:

**Følgende instanser/tjenester kan involveres. Sett kryss:**

[ ] Helsestasjon/skolehelsetjenesten

[ ] Barneverntjenesten

[ ] Familievernkontoret

[ ] Jordmor

[ ] Avlastning/besøkshjem

[ ] Hjemmesykepleien

[ ] Fysio-/ergoterapitjenesten

[ ] Psykisk helse - og oppfølgingstjenesten

[ ] Familie/foresatte

[ ] Barnehage/skole/SFO

[ ] Arbeidssted

[ ] Voksenopplæringen

[ ] PPT

[ ] Logoped

[ ] Kommunale fritidstilbud

[ ] NAV

[ ] Fastlege

[ ] Politi

[ ] Sykehuset Innlandet

**Avklaringer:**

[ ]  Jeg har fått informasjon om de ulike instansene/tjenestene som er avkrysset over.

[ ]  Samtykke gjelder fram til­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ eller til samtykket trekkes tilbake.

**Sted/dato Sted/dato**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Foresatte: Samtykke innhentet av:**

**Informert samtykke innebærer at jeg/vi:**

* Vet at samtykket er frivillig og at målet med deling av opplysninger er å gi et best mulig hjelpetilbud
* Har fått informasjon om hvilke opplysninger som skal deles, og at det ikke deles flere opplysninger enn det som er nødvendig.
* Vet hvordan opplysningene skal brukes.
* Vet at jeg/vi kan nekte at opplysninger om spesielle forhold deles, eller at spesifikke fagmiljø eller enkeltpersoner kun får bestemte opplysninger.
* Har fått forklart hva jeg samtykker til på et språk jeg forstår.
* Kjenner barnets rettigheter:
	+ Når barnet er fylt 7 år skal det høres, og det skal legges økende vekt på barnets mening ut fra alder og modenhet
	+ Fra 12 år skal barnets mening tillegges stor vekt
	+ Fra 16 år kan ungdommen selv samtykke til helsehjelp

[ ]  Jeg/vi har valgt å **ikke** samtykke til at \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (tjeneste/instans) tar kontakt med andre tjenester/instanser for å drøfte:

*(saksbeskrivelse)*

**Sted/dato Sted/dato**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Foresatte: Samtykke innhentet av:**