

Tverrfaglig team — rettet mot barn og unge



Samtykkeskjema:

Navn:	Født:
Adresse:	Telefonnr:

Samtykket gjelder:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Drøfting i tverrfaglig team | <input type="checkbox"/> Ansvarsgruppe |
| <input type="checkbox"/> Individuell plan | <input type="checkbox"/> Annet: _____ |
| <input type="checkbox"/> Deling av personopplysninger | |

Jeg har fått informasjon om:

- Hvordan opplysningene skal brukes
- At det ikke skal utveksles flere opplysninger enn det som er nødvendig
- At jeg kan nekte for at enkelte opplysninger utveksles, eller at enkelte fagmiljø eller enkeltpersoner får bestemte opplysninger

Jeg samtykker til at følgende instanser kan utveksle nødvendige opplysninger om meg/mitt barn:

Tverrfaglig team:

- Helsesøster
- Barne- og ungdomskoordinator
- Oppvekstetatt
- Spesialpedagogisk team
- Barnevern

Andre:

- BUP
- PPT
- Andre: _____

Samtykket gjelder fra _____ til _____

Jeg er kjent med at jeg når som helst kan trekke samtykket tilbake

Jamfør barnets rett til medbestemmelse gjennom norsk lov og barnekonvensjonen, er barnet mitt orientert og inneforstått med at det gis samtykke:

- Ja Nei Barnet mitt er under 7 år

Dato:

Underskrift foresatte:

Samtykket sendes:
Rødøy kommune, Tverrfaglig team
Kommunehuset
8185 Vågaholmen

Se kommunens hjemmeside for
informasjon og kontaktinfo:
www.rodoy.kommune.no