Dnr ………………..

**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.

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

Jag ger mitt tillstånd för verksamheterna:

………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

att samarbeta om följande frågeställning/ar:

……………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………..

Datum *måste* anges!

Medgivandet gäller fram till detta datum: …………………………………………………….

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

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

Namn alt. enhet………………………………………………………………………….

Tfn…………………………..

**Undertecknande:**

…………………………………………………………… ………………………………………………….

Ort Datum

…………………………………………………………… ………………………………………………….

Namnteckning Personnummer

……………………………………………………………

Namnförtydligande