



Samtykke – tverrfaglig samhandling

Navn på barn/elev:

Fødselsnummer:

Jeg/vi gir med dette samtykke til at nedenfor nevnte etater løses fra sin taushetsplikt for å bidra til å skape helhetlige og koordinerte tjenester.

Kryss av:	
<input type="checkbox"/>	Helsesøster
<input type="checkbox"/>	Skole
<input type="checkbox"/>	Barnehage
<input type="checkbox"/>	PP-tjenesten
<input type="checkbox"/>	Barnevernstjenesten
<input type="checkbox"/>	Jordmor
<input type="checkbox"/>	Sosialtjenesten/NAV
<input type="checkbox"/>	Sykehus/BUP
<input type="checkbox"/>	Fastlege/ kommuneoverlege
<input type="checkbox"/>	Andre:

Dette samtykket er gitt under forutsetning av at underskriverne på forhånd er gjort kjent med tema/opplysninger/vurderinger som kan drøftes med samarbeidende instanser. Samtykket er gyldig i to år og kan trekkes tilbake av underskriverne – dette gjøres skriftlig til tjenestestedet

Dato/Underskrift foresatte 1:

Dato/Underskrift foresatt 2:

Dato/Underskrift fra ungdom over 15 år:

