



## Samtykke til tverrfagleg samarbeid i Vanylven kommune

### Personopplysningar

Namn:..... Fødselnr. ....

Saka gjeld: .....

Underteikna samtykker i at følgjande instansar kan utveksle opplysningar som er relevante for samarbeidet utan hinder av teieplikta, for å gi eit forsvarleg tenestetilbod.

### Det kan samarbeidast med følgjande instansar

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Helsestasjon/ Skulehelseteneste   | <input type="checkbox"/> PPT/ Ressurspedagog |
| <input type="checkbox"/> Jordmor                           | <input type="checkbox"/> Ungdomskontakt      |
| <input type="checkbox"/> Fastlege/ lege .....              | <input type="checkbox"/> Skule               |
| <input type="checkbox"/> Tannhelseteneste                  | <input type="checkbox"/> Barnehage           |
| <input type="checkbox"/> Specialisthelseteneste.....       | <input type="checkbox"/> SFO                 |
| .....  | <input type="checkbox"/> Logoped             |
| <input type="checkbox"/> Barnekoordinator/ koordinator     | <input type="checkbox"/> Vaksenopplæring     |
| <input type="checkbox"/> Fysio-/ Ergoterapeut              | <input type="checkbox"/> Ungdomslos          |
| <input type="checkbox"/> Miljøterapeut                     | <input type="checkbox"/> Barnevern           |
| <input type="checkbox"/> Kommunepsykolog                   | <input type="checkbox"/> NAV                 |
| <input type="checkbox"/> Kommunal oppfølgingsteneste (KOT) | <input type="checkbox"/> Politi              |
| <input type="checkbox"/> Avlastningsteneste                | <input type="checkbox"/> BTS teamet          |
| <input type="checkbox"/> Flyktingteneste                   | <input type="checkbox"/> Andre.....          |
| <input type="checkbox"/> Heimesjukepleie                   | .....  |

**Om eg i ettertid ønsker å reservere meg frå delar av samtykket er det mi plikt å informere den som innhenta samtykket om dette. Eg er kjend med at eg kan trekke mitt samtykke tilbake.**

Tidsrom for samtykke: Start: ..... Slutt: .....

.....  
Stad Dato Brukar

.....  
Stad Dato Føresette

.....  
Stad Dato Den som innhentar samtykket

**Kopi til føresette og samarbeidspartar**



## **Informert samtykke inneber at eg/vi:**

- Veit at samtykket er frivillig og at målet med deling av opplysningar er å gi eit best mogeleg hjelpetilbod.
- Har fått informasjon om kva opplysningar som skal delast, og at det ikkje skal delast fleire opplysningar meir enn nødvendig.
- Veit korleis opplysningane skal brukast.
- Veit at eg/vi har rett til å bestemme at opplysningar om spesielle forhold ikkje vert delt, eller at spesifikke fagmiljø eller enkeltpersonar kun får bestemte opplysningar.
- Har fått forklart kva eg samtykker til på eit språk eg forstår.
- Kjenner barnet sine rettigheter:
  - når barnet er fylt 7 år skal det høyrast, og det skal leggest aukande vekt på barnet si mening ut frå alder og modenheit.
  - frå 12 år skal det leggest stor vekt på barnet si mening.
  - frå 16 år kan ungdommen sjølv samtykke til helsehjelp.

## **Representanter i BTS teamet:**

- Rektor eller styrar på eininga barnet går
- PPT-leiar og/eller ressurspedagog
- Fagansvarleg på helsestasjonen
- Miljøterapeut frå Psykisk helseteneste i kommunen
- BTS team vil jevnlig få veiledning av Kommunepsykolog

## **Lovverket:**

Det tverrfaglege samarbeidet er heimla i følgjande lover: Forvaltningsloven §13, Lov om helsepersonell kap. 5, Pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4, Helse- og omsorgstjenesteloven kap. 4, Lov om barnevern §6-7 og Lov om behandling av personopplysningar kap 3.