

Samtyckesblankett HLT, Region Västerbotten

- Samverkan mellan hälsocentral/sjukstuga, Kompetenscentrum mödra- och barnhälsovård KC MBHV, förskola/skola, elevhälsa, och socialtjänst.

Vi vill ge ert barn/ungdom och er familj ett så bra och samlat stöd som möjligt. Därför samverkar verksamheter inom Region Västerbottens hälsocentraler/sjukstugor, Kompetenscentrum mödra- och barnhälsovård och _____ kommuns förskola/skola, elevhälsa, socialtjänst. Uppgifter om ert barn omfattas av olika bestämmelser i offentlighets- och sekretesslagen. Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) säger att uppgifter inte utan vidare kan lämnas till annan myndighet. Som vårdnadshavare kan du lämna ett samtycke till att sekretessen kan brytas. Samtycket innebär att uppgifter om ditt barns förskola/skolgång, sociala situation, fysisk/psykisk hälsa, som i vanliga fall skulle omfattas av sekretess kan lämnas från hälsocentralen/sjukstugan, kompetenscentrum mödra- och barnhälsovård till kommunens förskola/skola, elevhälsa, socialtjänst för att möjliggöra ett samordnat stöd till er. Dokumentation sker i respektive verksamhet, enligt ordinarie rutiner och lagstiftning.

Hävande av sekretess gäller för

Barnets/ungdomens namn och personnummer

Barnet/Ungdomen är listad vid

Ange aktuell hälsocentral/sjukstuga

Barnet/Ungdomen går i

Ange aktuell förskola/skola

Medverkande verksamheter i HLT:

Förskola/skola och elevhälsa

Namn och yrkeskategori ifylles av verksamheten

Hälsocentral /sjukstuga, KC MBHV

Namn och yrkeskategori ifylles av verksamheten

Socialtjänst

Namn och yrkeskategori ifylles av verksamheten

Hävandet av sekretess gäller för nedan nämnd verksamhet och information till vårdnadshavare har givits av:

Verksamhet

Namn och yrkeskategori

- Härmed godkänner jag/vi som vårdnadshavare, att uppgifter om mitt barn/ungdom får lämnas från ovanstående verksamhet inom Region Västerbotten till medverkande verksamheter i HLT. Hävandet av sekretessen gäller vid samverkansmöte HLT, samt följande samverkande möten enligt Samordnad individuell plan (SIP). Mitt samtycke gäller endast information om mitt barns förskola/skolgång, social situation, fysisk/psykisk hälsa, som behövs för att de samverkande verksamheterna ska kunna hjälpa mitt barn/ungdom på bästa sätt. Jag kan när som helst återkalla mitt samtycke genom att kontakta någon av angivna verksamheterna.

Ort, datum:

Underskrift vårdnadshavare

Namnförtydligande

Underskrift vårdnadshavare

Namnförtydligande

Underskrift berörd ungdom

Namnförtydligande

Medgivandet gäller högst 1 år från datum för underskrift, eller upphör att gälla då samverkande insatser avslutas.

Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)

Kap 10 **Samtycke 1 §** Att sekretess till skydd för en enskild inte hindrar att en uppgift lämnas till en annan enskild eller till en myndighet, om den enskilde samtycker till det, följer av 12 kap. och gäller med de begränsningar som anges där.

Kap 12 2 § En enskild kan helt eller delvis häva sekretess som gäller till skydd för honom eller henne, om inte annat anges i denna lag. Om en enskild samtycker till att en uppgift som är sekretessbelagd till skydd för honom eller henne lämnas till en annan enskild endast under förutsättning att myndigheten gör ett förbehåll som inskränker den enskilde mottagarens rätt att lämna uppgiften vidare eller utnyttja den, ska myndigheten göra ett sådant förbehåll när uppgiften lämnas ut