**SAMTYKKE.**

**Gjeld brukar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Født:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Eg samtykker i at eining for omsorg og eining for helse- og habilitering kan utveksle taushetsbelagte opplysingar om meg til: (Kryss av for aktuell instansar)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Fastlege** |  |  | **Fysioterapi** |  |  | **Helsesyster** |
|  | **Sjukehus** |  |  | **Psykisk helseteneste** |  |  | **Barnehage** |
|  | **NAV.** |  |  | **Arbeidsplass** |  |  | **Skule** |
|  | **Hjelpemiddelsentralen** |  |  | **Vaksenopplæring** |  |  | **BUP** |
|  |  |  |  |  |  |  | **HABU** |
|  |  |  |  |  |  |  | **PPT** |

Type opplysingar det gjeld:  **Naudsynte helseopplysningar.**

*Det skal ikkje gjevast meir opplysingar enn det som er naudsynt.*

Samtykke gjeld f.o.m. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ t.o.m. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stad og dato:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Undeskrift søkjar Underskift verje**