

# Samordnad individuell plan - Samtyckesformulär barn Hälso- och sjukvård Region Gävleborg samt länets kommuner

## Samtycke till information mellan verksamheter, barn 0-18 år

*Medgivande till hävande av sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen  
(2009:400) 12 kap 2 §*

Genom att du/ni lämnar samtycke, ger det möjlighet till samarbete. Alla som tar del av uppgifterna om dig har tystnadsplikt.

Samtycket är endast giltigt under den tid samarbetet pågår i samband med upprättande och genomförande av barnets samordnade individuella plan. Du/ni kan när som helst, muntligt eller skriftligt, återta samtycke.

**Jag/vi samtycker till att personer som arbetar med mitt/vårt barn inom berörda verksamheter har kontakt och lämnar nödvändig information om mitt/vårt barn och min/vår familj till varandra.**

\_\_\_\_\_  
Ort och datum:

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavares underskrift

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavares underskrift

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Barnets namn:

\_\_\_\_\_  
Personnummer

Underskriven blanketten förvaras hos den samordningsansvarige. Kopia lämnas till vårdnadshavare.

Uppgifterna kommer att hanteras i enlighet med reglerna i dataskyddsförordningen (GDPR).

revideringsdatum: 2019-09-25



# Upphävande av samtycke, barn 0-18 år

Jag/vi upphäver det tidigare givna samtycket att tidigare givna verksamheter har kontakt och lämnar nödvändig information i samband med upprättande och genomförande av barnets samordnade individuella plan.

\_\_\_\_\_  
Barnets namn:

\_\_\_\_\_  
Personnummer

\_\_\_\_\_  
Ort och datum:

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavares underskrift:

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavares underskrift:

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

Efter namnunderskrift skickas blanketten åter till den som har initierat samverkan. Uppgifterna kommer att hanteras i enlighet med reglerna i dataskyddsförordningen (GDPR).