**SAMTYKKEERKLÆRING – deling av opplysninger.**

**Navn, fødselsnr. barn/elev: ……………………………………………………………………**

**Boligadresse barn/elev: ………………………………………………………………………..**

**Jeg/vi gir med dette samtykke til at disse tjenestene kan løses fra sin taushetsplikt og gi/motta opplysninger om min/vår sak:**

* Helsestasjonen Sign. dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Skolen Sign. dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Barnehagen Sign. dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* PPT Sign. dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Barneverntjenesten Sign. dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Fastlege……………….. Sign. dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ……………………………. Sign. dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ……………………………. Sign. dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Disse opplysninger i min/vår sak kan deles med tjenestene som er krysset av over:**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Hensikten med å utveksle disse opplysningene er å gi et best mulig tilbud til barnet/familien.**

Personer og tjenester skal følge faglige og etiske retningslinjer i forbindelse med formidling av informasjon.

Jeg/vi er kjent med at informasjonsutvekslingen gjelder barnets individuelle forhold og barnets oppvekstmiljø, og kan føre til at det anbefales tiltak for å hjelpe barnet.

Der foreldre bor sammen, er det tilstrekkelig at den ene skriver under. Ellers er det den/de som har den daglige

omsorgen som undertegner. Når barnet/eleven er over 15 år, skal hun/han også undertegne.

**…… …………………………………………..... ………………………………..**

**dato underskrift foresatt(e) underskrift ungdom over 15 år**