

Samtycke att hämta/lämna information

För att jag som handläggare ska kunna ge dig stöd på bästa möjliga sätt behöver jag ibland ta kontakt med personer i ditt nätverk. Det kan också vara så att personer i ditt nätverk, t.ex. anhöriga kontaktar oss för att de vill ha information om dig. Det är viktigt att vi vet vilka personer som vi får tala med och därför behövs ett samtycke från dig.

Jag (namn) (personnummer)
ger mitt samtycke till att lämna information som gäller mig och som handlar om (precisera vad eftersom
samtycken inte ska gälla generellt)

.....
.....

Namn/enhet	
Telefon	
Relation/roll	

Namn/enhet	
Telefon	
Relation/roll	

Namn/enhet	
Telefon	
Relation/roll	

Namn/enhet	
Telefon	
Relation/roll	

Samtycket gäller från och med till och med

.....
Datum

.....
Underskrift

.....
Namnförtydligande

Samtycket upphör att gälla om du avslutar dina insatser hos oss.