

HENVENDELSE TIL FAMILIETEAM FOR BARN OG UNGE

Henvendelse fra:

Telefonnummer:

Andre tjenester som familien benytter:

Barnets/Ungdommens navn: _____

Fødselsnummer (11 siffer): _____ **Alder:** _____

Adresse: _____ **Mobil:** _____

Skole/Barnehage, trinn/avdeling: _____

Far / foresatt: _____

Adresse: _____ **Mobil:** _____

E-post: _____

Mor / foresatt: _____

Adresse: _____ **Mobil:** _____

E-post: _____

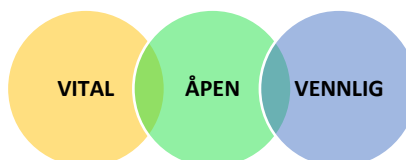
Hvem bor barnet/ungdommen sammen med?

Hva ønsker du/dere hjelp til? (Bruk baksiden for utfyllende opplysninger)

Samtykke far ☐

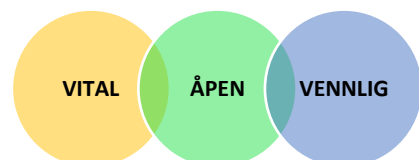
Samtykke mor ☐

Begge med foreldreansvar må samtykke til hjelp for barn under 16 år (Pasientrett.lov §4-4,1.ledd)





Nesodden kommune
Sammen skaper vi det gode livet



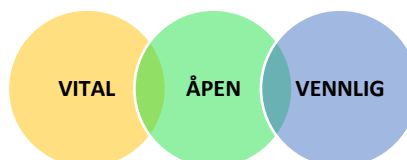
TVERRFAGLIG SAMTYKKEERKLÆRING

For at vi skal kunne samarbeide og utveksle taushetsbelagte opplysninger, må det foreligge samtykke fra barnet, foresatte eller verge. For å gi barnet best mulig hjelpetilbud, trenger vi å dele informasjon og opplysninger mellom de ulike tjenestene. I denne samtykkeerklæringen samtykker dere til at saksansvarlig i tjenestene under kan utveksle informasjon og nødvendige opplysninger (Helsemessige/sosiale forhold, forhold i barnehage/skole, vurderinger gjort av andre som er involvert med familien) om:

NAVN

PERSONNUMMER

- Jeg/vi er kjent med at jeg/vi kan nekte opplysninger om spesielle forhold utvekslet, eller at spesielle fagmiljø eller enkeltpersoner får bestemte opplysninger.
- Jeg/vi er enig(e) i at opplysninger/vurderinger kan deles med de nevnte tjenestene for å bidra til å skape helhetlige og koordinerte tjenester.
- Jeg/vi er gjort kjent med at formålet med utveksling av opplysninger er for å gi barnet et best mulig hjelpetilbud, og at informasjonen som gis er begrenset til det som til enhver tid er nødvendig.
- Jeg er kjent med at samtykket når som helst kan trekkes tilbake.





Sett kryss ved de tjenestene du samtykker i kan dele informasjon:

- | | |
|---|---|
| ☐ Tildelingskontoret | ☐ Spesialpedagogiske tjenester (med PPT) |
| ☐ Koordinerende enhet | ☐ Læringscenteret for voksne |
| ☐ Psykisk helse og rus | ☐ Boligtjensten |
| ☐ Barnevernstjenesten | ☐ Skole/barnehage |
| ☐ Forebyggende helsetjenester (spesifisert): | ☐ Andre: |

Bekreft/samtykk:

- ☐ Jeg/vi bekrefter at jeg/vi har fått informasjon om de ulike tjenestene avkrysset over
- ☐ Jeg/vi samtykker til at opplysninger kan utveksles frem til samtykke utgår, eller samtykke trekkes tilbake

Er det opplysninger du/dere ikke ønsker skal deles? ☐ Ja ☐ Nei

Disse tjenestene har begrensninger i sitt samtykke:

har opplysninger jeg/vi ikke ønsker skal deles med andre faggrupper. Begrensningene fremkommer i tjenesten(es) journalsystem

Barnets signatur (for de over 12 år):

Vi ønsker at barn uavhengig av alder samtykker. Forutsetningen er at barnet forstår hva samtykke innebærer.

Signatur foresatt:

Signatur foresatt:

Samtykke innhentet av:

Tjenestested:

Sted/dato:

Samtykke utgår:

Lovbestemmelser om taushetsplikt

- Barnevernsloven: § 6-7 • Forvaltningsloven: § 13-13f
- Helsepersonelloven: §§ 21-25 • Opplæringslova: § 15-1
- Pasient- og brukerrettighetsloven: § 3-6 • Sosialtjenesteloven: §§ 43 og 44 • Barnehageloven: § 20 • Helse- og omsorgstjenesteloven: 12-1

www.lovdatab.no

VITAL

ÅPEN

VENNLIG