

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

Samtycke till information mellan verksamheter, vuxna

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

Kommun och landsting behöver samarbeta och samordna sina insatser för att kunna tillgodose dina behov på bästa möjliga sätt. Genom att du 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 din samordnade individuella plan. Du kan när som helst, muntligt eller skriftligt, återta ditt samtycke.

Genom att underteckna nedan samtycker jag till att de uppgifter som är nödvändiga får lämnas mellan de parter som medverkar vid upprättande och genomförande av min samordnade individuella plan.

Ort och datum:

Den enskilde:

Personnummer:

Namnförtydligande

Legal företrädare

Namnförtydligande

Underskriven blanketten förvaras hos den samordningsansvarige. Kopia lämnas till dig. Uppgifterna kommer att hanteras i enlighet med reglerna i dataskyddsförordningen (GDPR).

Revideringsdatum: 2019-09-25



Upphävande av samtycke, vuxna

Jag upphäver det tidigare givna samtycket att nödvändiga uppgifter får lämnas mellan medverkande parter i samband med upprättande av samordnad individuell plan.

Ort och datum:

Den enskilde:

Namnförtydligande

Rättslig ställföreträdare

Namnförtydligande

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