



ERKLÆRING OM SAMTYKKE TIL FRITAK FOR TAUSHETSPLIKT (jfr. Forvaltningsloven § 13a)

Vi/jeg samtykker i at nevnte instanser kan samarbeide og utveksle informasjon seg i mellom i forhold til følgende situasjon:

for å kunne gi et helhetlig tilbud til

Navn _____

personnr. _____

Kryss av for instanser som fritas for taushetsplikten i denne saken:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Barnehagen | <input type="checkbox"/> Logoped |
| <input type="checkbox"/> Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) | <input type="checkbox"/> Miljøarbeidertjenesten |
| <input type="checkbox"/> Barneverntjenesten | <input type="checkbox"/> NAV |
| <input type="checkbox"/> Ergoterapeut | <input type="checkbox"/> Pedagogisk psykologisk tjeneste |
| <input type="checkbox"/> Familieteamet | <input type="checkbox"/> Politi |
| <input type="checkbox"/> Fastlegen | <input type="checkbox"/> Psykisk helse voksne |
| <input type="checkbox"/> Forsterket helsestasjon | <input type="checkbox"/> Samordning av lokale
kriminalforebyggende tiltak (SLT) |
| <input type="checkbox"/> Fritidsklubb | <input type="checkbox"/> Skolen |
| <input type="checkbox"/> Fysioterapeut | <input type="checkbox"/> Tverrfaglig koordinator |
| <input type="checkbox"/> Habiliteringstjenesten Ahus | <input type="checkbox"/> Ungdomslosen |
| <input type="checkbox"/> Helsestasjon/skolehelsetjenesten | <input type="checkbox"/> Utekontakten |
| <input type="checkbox"/> Jordmor | <input type="checkbox"/> Andre: _____ |
| <input type="checkbox"/> Koordinerende enhet/tjenestekontor | |

Samtykket gjelder for perioden **f.o.m.** _____ **t.o.m.** _____

Samtykket kan helt eller delvis trekkes tilbake når som helst.

Sted: _____

Dato: _____

Underskrift
foresatt

Underskrift
foresatt

Underskrift
Ungdom over 15 år