



## Samtycke – medgivande om sekretesslättning

Jag ger mitt samtycke till samverkan och informationsutbyte mellan:

Enhet<sup>1</sup>: .....

Samverkande part/partier<sup>2</sup> :.....

.....  
.....

Jag ger mitt samtycke till samarbete och informationsöverföring om mig  
med min/mina närstående/god man/förvaltare:

Namn:.....

Funktion/relation: .....

Namn: .....

Funktion/relation: .....

Namn: .....

Funktion/relation: .....

Samtycket gäller från det datum då det undertecknas. Jag kan  
när som helst återkalla samtycket. Samtycket gäller dock längst till,  
datum: .....

Namn: .....

Namnförtydligande: .....

Personnummer: .....

Mölnåls, datum: .....

Blanketten utlämnad av:

Namn:.....

Funktion:.....

Samtycket återkallat:

Mölnåls, datum: .....

Namn: .....

<sup>1</sup> Enhet som ansvarar för genomförande av insats eller vårdåtgärd samt vid myndighetsutövning.

<sup>2</sup> Exempel på samverkande parter kan vara verkställande enhet och stadens hälso- och sjukvård, primärvård, sjukhus, tandvård, Social- och arbetsmarknadsförvaltningen, försäkringskassa.