|  |  |
| --- | --- |
| **Unnateke offentlegheit etter off. lova §13.****For at offentlege instansar skal kunne samarbeide og dele opplysningar under teieplikt, må det vere samtykke frå dei det gjeld og eventuelt føresette.**

|  |
| --- |
|  |

 |
| **SAMTYKKESKJEMA**  **– tverrfagleg samarbeid**** ** |
| **Namn:** |
| **Fødd:** |
| **Adresse:**  |
| **Mobil:**  |

|  |
| --- |
| **SAMHANDLING, KOORDINERING OG IP** |
| **Eg/vi ønsker oppretting av ansvarsgruppe** JA  NEI  Har ansvarsgruppe **Eg/vi ønsker Individuell Plan (IP)** JA  NEI  Har IP **Eg/vi ønsker koordinator** JA  NEI  Har koordinator  **Rett på barnekoordinator** JA  NEI  Uavklart **Eg/vi ønsker drøfting i ressursteam** JA  NEI  (sjå boksen under)**Anna:** **Koordinator for samarbeidet har rolle(r) som:** Ansvarsgruppekoordinator:  Familiekoordinator: Barnekoordinator:  Forløpskoordinator:  |

(Denne sida kan fjernast om ressursteam ikkje er aktuelt)

|  |
| --- |
| **Ressursteam:** **Eg/vi gjev samtykke til drøfting i ressursteam med representantar frå** **Barnehage/skule:** **Pedagogisk psykologisk teneste:** **Helsesjukepleiar:** **Psykisk helse og rus:** **Foreldra ønsker å deltake: JA  NEI  Kommentar:** **Eleven ønsker å deltake: JA  NEI  Kommentar:** **Ikkje aktuelt med ressursteam  Kommentar:** Samtykke gjeld for 1år og kan trekkast attende om ein ønsker det. Eg/vi er enig i at avkryssa tenester/personar kan dele og utveksle informasjon med kvarandre som er naudsynt for drøftinga i å legge til rette for heilskapeleg og samordna oppfølging. Dette gjeld informasjon om f.eks. helse, sosiale og økonomiske forhold, familie, skule eller anna aktuell informasjon |
| Dato: Dato: Dato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signatur Signatur Signatur ungdom over 16år |

|  |
| --- |
| **VI GJEV SAMTYKKE TIL FØLGANDE DELTAKARAR I ANSVARSGRUPPA:** |
| **Skule/barnehage/arbeidsgjevar**  | ** Namn:** **Mob:****Adr:** **E-post:** **Fast deltakar  Deltek etter behov ****Namn:** **Namn:**  |
| **Pedagogisk psykologisk teneste**  | ** Namn:** **Mob:****Adr:** **E-post:** **Fast deltakar  Deltek etter behov ** |
| **Barneverntenesta**  | ** Namn:****Mob:****Adr:****E-post:** **Fast deltakar  Deltek etter behov ** |
| **Helsestasjon –** **skulehelsetenesta**  | ** Namn:****Mob:****Adr:****E-post:** **Fast deltakar  Deltek etter behov**  |
| **Kultur/fritid**  | ** Namn:****Mob:****Adr:****E-post:** **Fast deltakar  Deltek etter behov**  |
| **Psykisk helse og rus**  | ** Namn:** **Mob:****Adr:****E-post:** **Fast deltakar  Deltek etter behov ** |
| **Fysioterapeut**  | ** Namn:****Mob:** **Adr:****E-post:** **Fast deltakar  Deltek etter behov ** |
| **Jordmor** | ** Namn:****Mob:****Adr:****E-post:** **Fast deltakar  Deltek etter behov**  |
| **Fastlege**  | ** Namn:****Mob:****Adr:****E-post:** **Fast deltakar  Deltek etter behov ** |
| **Pleie og hjelpetenesta**  | ** Namn:****Mob:****Adr:****E-post:** **Fast deltakar  Deltek etter behov ** |
| **Spesialisthelsetenesta** | ** Namn:****Mob:****Adr:****E-post:** **Fast deltakar  Deltek etter behov ** |
| **NAV**  | ** Namn:** **Mob:** **Adr:****E-post:** **Fast deltakar  Deltek etter behov ** |
| **SLT-koordinator**  | ** Namn:****Mob:****Adr:****E-post:** **Fast deltakar  Deltek etter behov ** |
| **Politi** | ** Namn:****Mob:****Adr:****E-post:** **Fast deltakar  Deltek etter behov ** |
| **Andre:**  | ** Namn:****Mob:****Adr:****E-post:** **Fast deltakar  Deltek etter behov ** |
| **Andre:**  | ** Namn:****Mob:****Adr:****E-post:** **Fast deltakar  Deltek etter behov ** |
| Eg/vi er enig i at avkryssa tenester/personar kan dele og utveksle informasjon med kvarandre slik at ei kan gje heilskapeleg og samordna oppfølging

|  |
| --- |
| **EG/VI TILLATAR AT FØLGJANDE INFORMASJON KAN GIS OG DELAST:** ☐ Dette gjeld informasjon om til dømes. helse, sosiale og økonomiske tilhøve, familie, skule eller anna aktuell informasjon. Beskriv eventuelt her: C ☐ Avgrensing av informasjon som kan delast:  |

|  |
| --- |
| **INFORMERT SAMTYKKE INNEBER AT EG/VI:** * Kjenner til at samtykke er frivillig og at målet med deling av opplysningar er å gi et best mulig hjelpetilbod.
* Har fått informasjon om opplysningar som skal delast, og at det ikkje skal delast fleire opplysningar enn det som er nødvendig.
* Kjenner til korleis opplysningane skal handterast.
* Kjenner til at eg/vi kan nekte at opplysningar om spesielle forhold delast, eller at spesifikke fagmiljø eller enkeltpersonar berre får bestemte opplysningar.
* Har fått forklart kva eg samtykker til på eit språk eg forstår.
* Kjenner barnets rettigheter;
* Frå barnet er 7 år skal det høyrast, og det skal vere ei aukande vekt på barnets meining ut frå alder og modenhet
* frå 12 år skal barnets meining tillegast stor vekt
* frå 16 år kan ungdom sjølv samtykke til helsehjelp.
 |

 |
| * Samtykke opnar opp for at naudsynt informasjon om meg/mitt barn kan utvekslast mellom deltakarane i ressursteam/ansvarsgruppa til mitt/barnet sitt beste.
* Personar og etatar skal likevel følgje faglege og etiske retningsliner i samband med formidling av informasjon.
* Samtykke gjeld for eitt år og eg/vi er kjend med at eg/vi når som helst kan trekke samtykke attende.
* Eg er vidare kjend med at innanfor den einskilde etat kan lova opne for å vidareformidle informasjon til andre utan at det vil være i strid med teiepliktsreglane.
* Samtykke vert send til Koordinerande eining (KE) i kommunen.

**Andre kommentarar:** Dato: Dato: Dato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signatur Signatur Signatur ungdom over 16år |