



Medgivande

Klientens medgivande för informationsdelning

För att tillse att du (och dina barn) får så bra stöd som möjligt är det ibland viktigt för oss att dela information med andra verksamheter som läkare, behandlare, barnens skolkurator eller lärare, liksom andra tjänster och verksamheter vi rekommenderar dig kontakt med.

Genom att skriva under detta medgivande ger du din behandlare (som specificeras nedan) tillåtelse att kontakta professionella som listas nedan, i syfte att dela information från DOORS-screeningen och inhämta eller vidarebefordra övrig information som kan hjälpa oss att hjälpa dig. Detta medgivande är giltigt 12 månader från dagens datum. Du kan när som helst skriftligen dra tillbaka detta medgivande.

Jag lämnar mitt medgivande till att min DOORS-information ges vidare till den/de professionella och verksamheter som anges nedan, och för övrigt informationsutbyte mellan dessa professionella i bedömnings syfte, för ärendehantering och remittering/hänvisning till relevanta instanser.

Klientens namn (texta):

..... Födelsedatum:...../..... /.....

Adress

.....
.....
.....

Jag lämnar medgivande till (namn och verksamhet):

.....

att utväxla information i syfte att:

.....
.....

med följande person/verksamhet

.....

Namn och adress:

.....
.....
.....
.....

Klientens underskrift:

.....

Behandlarens underskrift:

.....

Datum:/..... /.....

Datum:/..... /.....