



Samtycke till att inhämta och lämna information om dig

Social omsorg hanterar dina personuppgifter så länge du har stöd och hjälp av oss och därefter sparas uppgifterna i fem år. Vi samverkar med andra enheter inom Social omsorg, sjukvård och med anhöriga i de fall det behövs för att ge dig bästa möjliga vård och omsorg.

För att vi ska kunna samverka och dela information om dig behöver vi ditt samtycke.

Härmed ger jag mitt samtycke till att information får utbytas mellan nedanstående parter om det som har betydelse för att tillgodose mina behov av insatser. Samtycket gäller tillsvidare och jag kan ta tillbaka det när jag vill.

Personuppgifter

Namn

Personnummer

Jag samtycker till allt på sida 2 ☐

Jag samtycker **inte till någon** informationsdelning ☐

Samtycke lämnat av

☐ Brukare/patient

☐ Företrädare. Beskriv form av företrädare: _____

Underskrift

Datum

	Hämta information	Lämna information
Kommunens hemsjukvård	☐ Ja ☐ Nej ☐ Inte aktuellt	☐ Ja ☐ Nej ☐ Inte aktuellt
Hemtjänst och ansvarig enhetschef	☐ Ja ☐ Nej ☐ Inte aktuellt	☐ Ja ☐ Nej ☐ Inte aktuellt
Dagverksamhet	☐ Ja ☐ Nej ☐ Inte aktuellt	☐ Ja ☐ Nej ☐ Inte aktuellt
Kommunal arbets- och fysioterapeut	☐ Ja ☐ Nej ☐ Inte aktuellt	☐ Ja ☐ Nej ☐ Inte aktuellt
Demensteam	☐ Ja ☐ Nej ☐ Inte aktuellt	☐ Ja ☐ Nej ☐ Inte aktuellt
Särskilt boende och korttidsboende	☐ Ja ☐ Nej ☐ Inte aktuellt	☐ Ja ☐ Nej ☐ Inte aktuellt
Socialtjänst i hemkommun	☐ Ja ☐ Nej ☐ Inte aktuellt	☐ Ja ☐ Nej ☐ Inte aktuellt
Hälsocentral	☐ Ja ☐ Nej ☐ Inte aktuellt	☐ Ja ☐ Nej ☐ Inte aktuellt
Länssjukhuset Kalmar Mottagning;	☐ Ja ☐ Nej ☐ Inte aktuellt	☐ Ja ☐ Nej ☐ Inte aktuellt
Anhöriga eller företrädare. Namnges nedan	☐ Ja ☐ Nej ☐ Inte aktuellt	☐ Ja ☐ Nej ☐ Inte aktuellt

Namn på anhörig/företrädare

1. _____

2. _____

3. _____