



# BINDAL KOMMUNE

Helse- og omsorgssektoren  
Gamle gårdsvei 21 A  
7980 Terråk

E-post: pleie.omsorg@bindal.kommune.no

Telefon: 75032500

[www.bindal.kommune.no](http://www.bindal.kommune.no)

**KONFIDENSIELT**

Taushetsplikt offl. §

13 jf. fvl. §13.1

Org.nr: 964 983 380

## Samtykkerklæring til utveksling av informasjon

Helse- og omsorgssektoren i Bindal kommune har flere tjenesteområder som samarbeider for å skape et godt tilbud til deg som tjenestemottaker.

*Underskrevet samtykkerklæring gir helse og omsorgsavdelingen anledning til å samarbeide uten hinder av lovbestemt taushetsplikt jfr. Forvaltningslovens § 13 til 13e, Pasientrettighetslovens §3-6 og Helsepersonellovens Kap 5 §21 til §29.*

Helse- og omsorgssektoren kan etter samtykke innhente opplysninger fra andre om forhold som angår den enkelte tjenestemottaker og utveksle opplysninger til samarbeidende personell. Samtykket gjelder opplysninger som er nødvendig for å yte faglig forsvarlig helsehjelp.

For at et samtykke skal være gyldig, må det være informert. Dette betyr at tjenestemottaker har blitt tilstrekkelig informert om formålet (bakgrunnen for at samtykket innhentes), hvilke opplysninger som inngår i samtykket, oversikt over hvem opplysningene kan gis til, videre bruk av opplysningene og hvilke konsekvenser samtykke kan få. Informasjonen som gis må tilpasses mottakeren, slik at mottaker skjønner hva det innebærer/kan innebære for seg.

### Samtykke:

- Jeg er innforstått med at berørte offentlige instanser uten hinder av sin taushetsplikt i fellesskap kan drøfte forhold som er nødvendig for kartlegging og vurdering av tjenester.
- Jeg er kjent med at det opprettes en pasientjournal, der nødvendige opplysninger blir registrert elektronisk.
- Jeg samtykker i at det ved behov kan opprettes ansvarsgruppe rundt meg, bestående av fagpersoner og pårørende, som får tilgang til relevante taushetsbelagte opplysninger om meg.

**Helse og omsorgssektoren i Bindal kan uten hinder i taushetsplikten innhente/formidle nødvendige opplysninger fra/til de samarbeidspartnere som er krysset ja nedenfor, og som er relevant for denne saken. NB: Det må krysses enten ja eller nei i alle rubrikker !**

Helse- og omsorgssektoren	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Helsestasjonen	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Fastlegen	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Spesialisthelsetjenesten	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
PPT	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Tannlege	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Skatteetaten	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	NAV	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>

Andre- må spesifiseres (eks skole, barnehage, logoped, privat fysioterapi, barnevern )

Jeg reserverer meg imot at dere tar kontakt med følgende instanser:

Jeg bekrefter at samtykke er frivillig og jeg er kjent med at samtykket når som helst kan trekkes tilbake.

Navn på tjenestemottaker:

Fødselsnr:

Sted/dato:

Signatur:

Signatur fra tjenestemottaker eller dennes verge/fullmektig/foresatte