



Samtycke till samarbete

Namn _____ Personnummer _____

Jag ger mitt samtycke till att _____ samarbetar med

(t.ex. avdelning, klinik eller ÅHS)

- övrig sjukvård
- hemservice
- Kommunernas socialtjänst k.f.
- anhöriga, vem _____
- annan, vem _____

och får ge nödvändig information i ärenden som har betydelse för att jag ska få så bra vård och omsorg som möjligt.

Jag ger mitt samtycke

- tillsvidare
- under tiden: _____

Jag vet att jag kan ta tillbaka samtycket när som helst.

Datum: _____

Vårdtagarens underskrift

ÅHS representant

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Titel och telefonnummer
