



## Samtycke

Inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården är uppgifter om dina personliga förhållanden skyddade av bestämmelser om tystnadsplikt och sekretess.

Personalen får inte lämna ut uppgifter om inte du samtycker till detta.

Vårt mål är att du ska få den bästa möjliga vård och omsorg och att insatserna ska genomföras på ett ändamålsenligt och säkert sätt. Socialtjänsten, den kommunala hälso- och sjukvården och den övriga sjukvården oavsett driftsform (privat, offentlig) samverkar och samarbetar när det gäller dig.

När du har vård och omsorg från olika verksamheter och yrkesgrupper (inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten) är det viktigt att personalen i de olika verksamheterna vid behov får lämna information om din aktuella situation och ditt hälsotillstånd.

För att personalen inom hemsjukvården ska kunna ge dig en god hälso- och sjukvård är det viktigt att legitimerad personal vid behov får inhämta uppgifter ur din journal hos andra vårdgivare.

Om någon av dina närstående eller god man undrar över din aktuella situation/din vardag eller ditt hälsotillstånd får inte personalen delge information utan ditt samtycke.

Ditt samtycke till informationsbytet är den grundläggande förutsättningen för att du ska få den bästa möjliga vård och omsorg och att insatserna ska genomföras på ett ändamålsenligt och säkert sätt.

Det är du som bestämmer om det finns uppgifter som inte får lämnas ut.

I en akut situation, om ditt liv är i fara, gäller inte ditt nej.

Du kan när du vill ändra och ta tillbaka ett lämnat samtycke.

## Jag lämnar mitt samtycke till följande inom hälso- och sjukvården

Information om mitt hälsotillstånd får lämnas till:

- Mina närstående
- God man/förvaltare
- Information om mitt hälsotillstånd får endast lämnas till: \_\_\_\_\_

- 
- Dokumentation och information om mitt hälsotillstånd får lämnas till berörd personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
  - Uppgifter ur min journal får lämnas till berörd personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
  - Uppgifter ur min journal hos andra vårdgivare får inhämtas.

## Jag lämnar mitt samtycke till följande inom socialtjänsten

Information om min aktuella situation/min vardag får lämnas till:

- Mina närstående
- God man/förvaltare
- Information om min aktuella situation/min vardag får endast lämnas till: \_\_\_\_\_

- 
- Dokumentation och information om min aktuella situation/min vardag får lämnas till berörd personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

- Jag lämnar inte mitt samtycke till informationsutbyte enligt ovan**

Samtycket \_\_\_\_\_ Samtycket (max ett år)  
gäller från och med \_\_\_\_\_ gäller till och med \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Namnteckning

\_\_\_\_\_  
Personnummer (12 siffror)

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

## Underskrift av eventuell vårdnadshavare

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Namnteckning

\_\_\_\_\_  
Personnummer (12 siffror)

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

- Jag tar tillbaka mitt samtycke**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Namnteckning

*Blanketten är en journalhandling*