

Til scanning: Navn og fødselsnr:.....



Divisjon psykisk helsevern – DPS Nedre Romerike

## ERKLÆRING om SAMTYKKE

Navn: \_\_\_\_\_ Fødselsnummer: \_\_\_\_\_

Jeg ønsker at mine kontakter ved DPS skal kunne samarbeide med følgende av mine **samarbeidspartnere** (f.eks. fastlege, kommunale tjenester, NAV). Dette bør gjøres i samråd med meg. Ved å skrive opp disse her, gir jeg mitt samtykke:

Navn	Rolle	Telefonnummer
<input type="checkbox"/>	Fastlege	
<input type="checkbox"/>	NAV	
<input type="checkbox"/>	Psykisk helsevern i kommune	
<input type="checkbox"/>	Behandler i 2. linjetjeneste	

Jeg gir også min tillatelse til å samarbeide med min(e) **pårørende** ved å skrive navn her:

Navn (pårørende)	Relasjon	Telefonnummer

Samtykket gjelder	Ja	Nei
Samarbeidspartnere / pårørende kan ringes hvis vi ikke får kontakt med deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pårørende kan gis nødvendig informasjon om min sykdom og behandling.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skriftlig epikrise og behandlingsplan evaluering annet nødvendig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Samtykket gjelder ikke: \_\_\_\_\_

.....  
Sted, dato

.....  
Underskrift

*Samtykke er gyldig under dette aktuelle pasientforløpet. Samtykket kan tilbaketrekkes av pasient når som helst i behandlingsforløpet.*