



**SAMTYCKE / MEDGIVANDE till att inhämta uppgifter**

Jag lämnar härmed mitt medgivande till att individ-och familjeförvaltningen i Nybro kommun får ha kontakt med samt inhämta handlingar om mig. Medgivandet avser uppgifter som berör mitt hälsotillstånd, sociala situation och annat av betydelse. Exempel på handlingar är; utlåtande/intyg, utredningar, social dokumentation, journalanteckningar.

Kontakt gällande mig och handlingar om mig får inhämtas från:

- Socialtjänst inom kommun: \_\_\_\_\_
- Hemsjukvård inom Nybro kommun: \_\_\_\_\_
- Primärvård / Hälsocentral: \_\_\_\_\_
- Öppenvård. Psykiatriska mottagningen i Nybro: \_\_\_\_\_
- Primärvård/öppenvård. Länssjukhuset Kalmar, mottagning: \_\_\_\_\_
- Slutenvård. Länssjukhuset Kalmar, avdelning: \_\_\_\_\_
- BUP (Barn- och ungdomspsykiatri): \_\_\_\_\_
- Rehabiliteringen för barn/ungdom eller vuxen: \_\_\_\_\_
- Barnomsorg, skola, fritids i Nybro: \_\_\_\_\_
- Försäkringskassa: \_\_\_\_\_
- Arbetsförmedling: \_\_\_\_\_
- God man eller Förvaltare: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Upphävd sekretess mellan ovanstående gäller under perioden enligt nedan:

- Tillsvidare. Innebär att medgivandet närsomhelst kan återkallas av mig skriftligen eller muntligen och upphör då omedelbart att gälla.
- Tidsbegränsat, till och med: \_\_\_\_\_
- Samtycket har återkallats från och med datum: \_\_\_\_\_

**Medgivandet gäller för :**

..... Namn	..... Personnummer
..... Underskrift	..... Ort och datum

**Om medgivandet lämnas av vårdnadshavare eller legal företrädare (god man eller förvaltare) ska underskrift av denne fyllas i nedan:**

..... Namn	..... Ort och datum
..... Underskrift	..... Uppdrag/relation

*Selektess till skydd för enskild hindrar inte att en uppgift lämnas till en annan enskild eller myndighet, om den enskilde samtycker till det (10 kap. 1 § OSL). Den enskilde kan helt eller delvis häva den selektess som gäller till skydd för honom eller henne, om inte annat anges i OSL (12 kap. 2 § OSL).*