KS HELSE FØRDE	**Barn som pårørande - samtykkeskjema til utveksling av opplysingar**	
	Godkjent av Koordineringsrådet	**Gyldig frå** 07.10.2024

Løyve til å utveksle naudsynte opplysingar i samarbeid.	Vi/eg samtykker med dette til at opplysingar som har betydning for barnet vårt sin livskvalitet/meistring og utvikling kan delast mellom dei ulike aktørane som samarbeider med oss.
Barnet sitt namn:	_____ Fødselsnummer _____
	Dersom barnet er mellom 12-16 år, er det informert? JA ☐ NEI ☐
	Dersom barnet er over 16 år skal det samtykke sjølv: Namn: _____ Underskrift
	Samtykke gjev følgande personar høve til å utveksle naudsynte opplysingar i samarbeid om barnet mitt/vårt.
Utveksling av opplysingar:	Helsesøster: _____ Fastlege: _____ Fysioterapeut: _____ Skule: _____ PPT: _____ NAV: _____ Barnevern: _____ Bup: _____ Kreftkoordinator/ressursspl: _____ Psykiatrisk sjukepleiar/ruskonsulent: _____ Barnehage: _____ Andre: _____
Løyve trer i kraft:	_____ og varar til: _____
Underskrift:	Stad/Dato: _____ Føresette: _____ Frå spesialisthelsetenesta: _____ For kommunen: _____

Koordineringsrådet, mai 2019