



Aurland Kommune
Vangen 1
5745 Aurland
Telefon: 57 63 29 00

Samtykkeerklæring for helse og omsorg i Aurland kommune, til samhandling og informasjonsutveksling

Namn på tenestemottakar:	F.nr:
Adresse:	
Eg samtykker: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> til at Aurland kommune ved _____ kan innhente opplysingar om meg frå (eining) _____	
Kva opplysingar: _____	
Opplysingar skal brukast til: _____	
Eg reserverer meg mot følgande: _____	
Informasjon om meg kan bli brukt til tverrfaglig samarbeid: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> mellom Aurland kommune ved _____ og _____	
Samtykke gjeld frå _____ fram til _____	
Eg stadfester med dette at samtykke er frivillig. Eg kan når som helst trekke samtykke tilbake heilt eller delvis	
Stad: _____ Dato: _____	
Underskrift: _____	
<i>Føremål for deling av informasjon er for at kommunen skal kunne gje eit best mogleg tilbod. For å kunne yte gode og samanhengande tenester må det vere eit godt samarbeid mellom deg og tenesteytarar. Einingane i Aurland kommune er pålagt taushetsplikt etter Forvaltningslova § 13a. jf. særlovgivning på einiskilde tenesteområder. Med eit samtykke frå deg kan kommunen hente inn og/ eller formidle opplysingar med andre einingar. Samarbeid på tvers av einingar er ofte naudsynt for å kunne identifisere behov og for å gje den einiskilde eit best mogleg heilheitleg tenestetilbod. Samtykkeerklæringa gjeld berre så lenge saka er aktiv, eller så lenge tenestene vert ytt. Du kan trekke tilbake samtykke når som helst. Viss ein ikkje samtykker har ein automatisk ikkje gitt samtykke</i>	